



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file - Votre référence

Our file - Notre référence

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Les variations de l'effort provincial de santé
et leurs déterminants:
une discussion méthodologique

Nicole F. Bernier

Mémoire

présenté

au

Département de science politique

comme exigence partielle en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès arts

Université Concordia
Montréal, Québec, Canada

Août 1992

© Nicole F. Bernier, 1992



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file - Votre référence

Our file - Notre référence

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-80972-8

Canada

SOMMAIRE

Les variations de l'effort provincial de santé
et leurs déterminants:
une discussion méthodologique

Nicole F. Bernier

Il aura fallu attendre une vingtaine d'années avant de voir apparaître, dans la littérature comparant le degré de l'effort gouvernemental et visant à l'expliquer, l'une des toutes premières réflexions sur la façon de définir cet effort, justement. C'était avec la discussion théorique publiée par Gilbert et Moon en 1988.

La présente étude entreprend la première vérification empirique d'envergure de ce qui a été l'une des toutes premières tentatives en vue de définir une mesure de l'effort étatique qui soit plus précise que la définition conventionnelle généralement utilisée. Elle présente un intérêt tant pour l'analyse comparative des politiques gouvernementales que pour l'analyse de leurs déterminants.

A Ajab

Table des matières

	<u>Page</u>
Liste des tableaux	vi
Section première	
LE CADRE THEORIQUE	1
A) Littérature internationale	3
1. Variables dépendantes	5
2. Variables indépendantes	10
3. Pays et années	14
4. Principaux résultats	15
B) Littérature canadienne	22
C) Evolution des systèmes de santé au Canada	26
Section deux	
LE CADRE DE RECHERCHE	34
A) Méthodologie	36
B) Hypothèses	37
1. Facteurs économiques	37
2. Facteurs sociologiques et démographiques ..	41
3. Facteurs politiques et institutionnels	42
C) Spécification du modèle	45
Section trois	
L'EFFORT PROVINCIAL DE SANTE	48
A) Variations provinciales.....	48
1. Dépenses per capita	48
2. Indice conventionnel	51
3. Indice conventionnel modifié selon les besoins	53
4. Indice conventionnel modifié selon le fardeau fiscal	57
5. Indice NET	60
6. Rang de l'effort gouvernemental	62
B) Facteurs déterminants	66
1. Indice conventionnel	67
2. Indice NET	72
Section quatre	
CONCLUSIONS	77
Bibliographie	81
Annexes	86

Liste des tableaux

<u>No</u>	<u>Titre</u>	<u>Page</u>
2.1	Concepts, indicateurs et mesures	46
3.1	L'effort de santé des provinces selon leurs dépenses en santé per capita	49
3.2	L'effort de santé des provinces mesuré selon l'indice conventionnel	52
3.3	L'effort de santé des provinces mesuré selon l'indice conventionnel modifié pour tenir compte des besoins	54
3.4	L'effort de santé des provinces mesuré selon l'indice conventionnel modifié pour tenir compte du fardeau fiscal	58
3.5	L'effort de santé des provinces mesuré selon l'indice NET	61
3.6	Rang de l'effort gouvernemental en santé, selon les indices (moyennes des années 1971-1990)	63
3.7	Régressions multiples sur l'indice conventionnel	68
3.8	Régressions multiples sur l'indice NET	73

Section première
LE CADRE THEORIQUE

L'importance des dépenses publiques dans l'économie des nations capitalistes avancées s'est accrue de manière phénoménale depuis la fin de la seconde guerre mondiale, mais c'est depuis une vingtaine d'années surtout qu'un bon nombre de chercheurs des sciences sociales tentent de saisir pourquoi, et sous quelles conditions, certains Etats sont davantage providentiels que d'autres.

Jusqu'à maintenant, relativement peu d'entre eux se sont intéressés à définir ce qu'il convient, précisément, d'expliquer lorsqu'on analyse l'effort étatique. Tant les analyses comparatives du degré de l'effort que les études visant à expliquer ses variations -- et surtout celles par lesquelles on tente de déceler l'existence de principes fondamentaux permettant de prédire la relation entre certains phénomènes et le degré de l'effort -- reposent sur une ou des mesures inadéquates, et bien approximatives.

Les fausses certitudes que procure la tradition de mesurer l'effort gouvernemental selon un indice conventionnel, c'est-à-dire selon les dépenses qu'un état effectue par rapport à la valeur de sa production, ou parfois aussi par rapport au nombre de ses habitants, nuisent de deux façons au moins à l'avancement de la science politique. D'une part, elles empêchent l'élaboration de politiques gouvernementales appuyées sur des critères

étudiés et bien fondés, plutôt que simplement pratiques; par le fait même, elles retardent le développement de procédés savants pour l'analyse comparative de ces politiques. D'autre part, elles nuisent aussi à la découverte scientifique de certains mécanismes universels (car on suppose qu'il en existe) à l'origine des variations du degré de l'effort étatique.

Cette étude met à l'épreuve, pour la première fois, l'un des seuls indices, sinon le seul, qui a été avancé à ce jour pour mesurer l'effort étatique de façon plus scientifique, ou mieux fondée, que ne le permet l'indice conventionnel.

Jusqu'à aujourd'hui, ce sont avant tout les pays de l'OCDE qui ont fait l'objet d'études sur les comparaisons et les déterminants du degré de l'effort gouvernemental, et bien qu'elle présente un intérêt indéniable, l'analyse comparative des provinces canadiennes a reçu encore bien peu d'attention. C'est elle qui sert ici à la démonstration empirique entreprise.

La deuxième section présente en détail le cadre de recherche, c'est-à-dire qu'elle expose la méthodologie utilisée, avance les hypothèses vérifiées, et définit les concepts et indicateurs retenus. La troisième section expose et analyse les résultats de l'étude. Enfin, la quatrième section présente les conclusions qu'on peut tirer de cette démarche.

Mais avant tout, il importe de situer la présente étude par rapport à l'état des travaux. Dans le reste de cette section, il est donc question des difficultés que présentent les différentes approches utilisées dans l'analyse des pays de l'OCDE, ainsi que de des points les plus concluants de ces travaux. Ensuite, les principaux résultats des quelques rares études portant sur le cas canadien sont exposés. Enfin, une brève synthèse de l'évolution des systèmes provinciaux de santé est mise de l'avant, de façon à donner un certain relief contextuel à l'analyse quantitative de l'effort provincial de santé entre 1971 et 1990.

A) Littérature internationale

Plusieurs questions importantes se trouvent au coeur des recherches comparatives sur les déterminants de l'Etat providence. Comme l'a noté Tarschys (1975), l'intérêt fondamental de ce domaine tient, au plan macroscopique, dans l'explication de ce qui détermine les différences de niveaux dans les dépenses publiques au sein de certaines unités politiques, de même que dans l'observation de tendances temporelles, s'il en est, à l'intérieur de ces unités. Au plan microscopique, certains chercheurs consacrent leurs efforts à l'examen de l'origine des décisions de l'Etat en matière de dépenses.

O'Connor et Brym (1988) ont observé au moins deux préoccupations fondamentales dans les études comparatives publiées à ce jour. D'une part, il s'agit de cerner,

suivant "la logique de l'industrialisation",¹ l'impact des variables économiques et démographiques, de même que l'effet des processus de médiation des intérêts, sur le niveau et le type de dépenses publiques. D'autre part, l'on tente de déterminer l'importance de la mobilisation ouvrière pour rendre compte du degré et du type de dépenses publiques.

Ces préoccupations fondamentales constituent en quelque sorte la toile de fond des recherches effectuées à ce jour et portant sur les déterminants de l'Etat providence. Elles ne garantissent en rien, cependant, l'existence d'un corps de recherche unifié. En fait, les résultats des études publiées peuvent rarement s'étendre au-delà du cadre assez strict d'analyse dans lequel elles ont été effectuées. Cela s'explique notamment par 1) l'aspect bien particulier de l'Etat providence que chacune des études cherche à expliquer (variables dépendantes), 2) les choix bigarrés dans la façon de conceptualiser les facteurs déterminants (variables indépendantes), et 3) l'extrême diversité dans le choix des nations et des périodes observées. Malgré tout, les résultats ne sont pas aussi contradictoires qu'ils ne le semblent à première vue, et il convient d'en faire ressortir les points communs.

¹ Selon cette logique, le niveau du développement économique d'une nation est le facteur qui détermine le plus la croissance des programmes d'aide sociale, à cause notamment de ses effets sur la pyramide démographique. Selon Wilensky (1975), le développement économique, tel que mesuré par le PNB, est associé positivement au pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, vu que la croissance favorise une diminution du taux de naissances. Ainsi, une population plus âgée a davantage besoin de programmes sociaux qu'une population jeune.

1. Variables dépendantes

Les différentes études sur les déterminants de l'Etat providence cherchent, en réalité, à en expliquer un aspect bien particulier. A cet effet, Uusitalo (1984) a identifié deux principaux types de variables dépendantes. Le premier type, le plus largement utilisé, consiste à expliquer l'effort de l'Etat dans la provision de mesures sociales de bien-être ou, plus simplement encore, les variations du montant des dépenses publiques, incluant ou excluant les dépenses militaires, per capita, par rapport au produit national brut (PNB). Le deuxième type, plus récent et moins répandu, consiste à expliquer les résultats des mesures sociales de bien-être, en se servant d'indicateurs tels que l'inégalité des revenus, l'étendue de la redistribution, la mobilité sociale, les chances d'accès à l'éducation ou, encore, la mortalité infantile.

Sans conteste, c'est l'effort de l'Etat qui est le plus souvent mesuré, et ce, la plupart du temps, à l'aide du concept qui fut développé par l'Organisation internationale du Travail: le montant des dépenses sociales de bien-être par rapport au PNB. Ces données présentent l'avantage d'être généralement disponibles pour tous les pays de l'OCDE sur plusieurs années, et se prêtent donc bien aux comparaisons. Certains chercheurs ont toutefois préféré utiliser, comme variable dépendante et toujours pour mesurer les variations de l'effort, le montant des paiements de

transferts directs par rapport au produit intérieur brut (Hicks et Swank, 1984). D'autres ont choisi d'expliquer ce qui détermine le moment d'adoption de mesures sociales et les facteurs menant à des changements incrémentaux, en même temps qu'ils tenaient compte de la proportion du PNB consacrée aux programmes sociaux (Lockhart, 1984).

Récemment, O'Connor (1988) a, dans la même étude, défini pas moins de quatre mesures de l'effort, soit les dépenses de sécurité sociale selon la définition de l'OIT, les dépenses publiques civiles, les dépenses de consommation civile par les gouvernements, et les dépenses en transferts sociaux. Cette approche lui a permis d'établir qu'en considérant deux des aspects de l'effort, la variation de l'effort apparaît stable pendant la période et dans les pays observés (diversité de l'effort), tandis qu'en tenant compte des deux autres aspects, la variation apparaît beaucoup plus significative (divergence de l'effort).

Si la mesure de l'effort demeure, à ces quelques exceptions près, assez homogène dans la littérature, on ne peut en dire autant, par contre, de la mesure des résultats des programmes sociaux de bien-être. Quatre études récentes illustrent bien cette diversité. D'abord, Korpi (1980) a tenté d'expliquer l'inégalité des revenus et l'effet de redistribution du budget gouvernemental, tout en tenant compte de l'effort de l'Etat en tant que tel (dépenses publiques d'assistance sociale et dépenses publiques pour

l'emploi). Dans une autre étude, Korpi (1989) s'est concentré principalement sur les droits sociaux des malades, tels que prévus dans la législation sociale, dans huit pays de l'OCDE depuis 1930. Esping-Andersen (1985) a tenté pour sa part d'expliquer ce qui affecte l'organisation institutionnelle de la distribution ou, plus précisément, l'impact des mouvements ouvriers sur la démocratisation du capitalisme d'après-guerre. Enfin, Moon et Dixon (1985) ont élaboré un indice composé pour mesurer le bien-être individuel (mortalité infantile, espérance de vie à l'âge d'un an, et taux d'alphabétisation de base).

Ainsi, la fluidité des concepts explique, en partie, que des contradictions importantes peuvent se manifester dans les résultats provenant de la mesure même de l'effort. O'Connor et Brym (1988) ont fait ressortir, par exemple, qu'alors que deux importantes études (Wilensky, 1981 et Stephens, 1979) tentent d'expliquer, chacune à sa manière, l'effort de l'Etat providence dans les pays capitalistes avancés, ce qu'elles expliquent, en réalité, est seulement l'un de ses aspects particuliers. Ainsi, Wilensky a établi que l'influence des partis de gauche sur les dépenses publiques est minime et indirecte: les partis auraient un certain impact, mais seulement de par leur contribution au corporatisme. Ces résultats s'inscrivent en faux devant ceux de Stephens, à l'effet que la mobilisation de la classe ouvrière a eu une importance historique décisive sur les

niveaux de dépenses publiques, et que l'influence des conflits de classe sur la croissance de l'effort étatique s'est manifestée continuellement. Selon Stephens, donc, c'est précisément la capacité des travailleurs de s'organiser en syndicats ouvriers et en partis politiques qui détermine le plus le développement de l'Etat providence dans les pays riches et industrialisés de l'Occident.

En soulignant ces contradictions, les auteurs ont voulu illustrer l'impact, sur les résultats, de la conceptualisation et de l'opérationnalisation libres de certains termes-clés, dont le concept central même de l'étude: l'effort de l'Etat providence (O'Connor et Brym, 1988:50-1).

Idéalement, ce sont les résultats des mesures sociales de bien-être qui devraient attirer davantage l'attention des chercheurs, puisqu'une augmentation des dépenses publiques peut indiquer, plutôt qu'un effort décisif de l'Etat en matière sociale, une simple réponse à l'existence de problèmes sociaux insolubles, tels qu'un niveau élevé de chômage. Esping-Andersen a d'ailleurs souligné que la comparaison des niveaux de dépenses publiques masque en fait certaines différences institutionnelles importantes qui déterminent fortement comment les politiques sociales sont mises en oeuvre. Une telle comparaison ne permet pas d'établir des nuances importantes comme celles de savoir si les groupes sociaux inférieurs sont partiellement exclus de

certaines programmes sociaux de bien-être ou si, au contraire, la plupart de tels programmes visent tous les citoyens de façon universelle (Esping-Andersen, 1985:225).

Malheureusement, comme l'a noté Castles (1982), les données qui permettraient de mesurer l'impact réel des politiques de santé sur le bien-être de la population, ou encore les effets des dépenses accrues sur les capacités des individus à mieux fonctionner dans leur environnement social, ne sont que partiellement recueillies par les agences de statistiques, ce qui limite les études comparatives à un cadre d'analyse bien étroit. C'est pourquoi il est souvent plus pertinent de tenir compte de l'effort, même si Castles insiste sur le fait que les données servant à le mesurer

«are only indirectly related to the achievement of welfare and related purposes, since societies may be characterized by different views as to how such purposes should be realized -- in particular, the choice between realization through the market or state activity. (...) The levels and changes in policy outputs most frequently examined (...) should not, therefore, be taken as more than approximate indicators of government effort in welfare and related fields» (Castles, 1982:45).

Ceci dit, il ne s'agit nullement de remettre en question la validité des variables dépendantes utilisées dans les recherches effectuées jusqu'à ce jour. Il est plutôt question de prendre connaissance des limites qu'elles imposent et des difficultés auxquelles se butent les chercheurs qui aimeraient étendre les résultats de leurs

travaux au champ beaucoup plus vaste des principes universels régissant les variations de l'effort de l'Etat providence.

2. Variables indépendantes

Alors que l'existence de deux principaux types de variables dépendantes est relativement facile à identifier, les facteurs explicatifs de l'Etat providence sont tellement variés que certains auteurs ont cherché, chacun à leur manière, à les regrouper en trois, quatre ou même cinq catégories, sans que l'on puisse encore affirmer que l'une ou l'autre de ces analyses ait, pour ainsi dire, clairement emporté le morceau. En fait, comme le démontre Lockhart (1984), c'est que, encore une fois, la façon d'organiser les variables indépendantes est déterminée par la nature même de la variable dépendante ou, en d'autres mots, les facteurs déterminants varient selon l'aspect précis de l'Etat providence que l'on tente d'expliquer ou de comparer. Selon cet auteur, il convient de d'abord «démêler» la variable dépendante sous trois de ses principaux aspects: ce qui explique l'adoption de programmes, les changements incrémentaux, puis l'effort national à proprement parler.

L'une des tentatives visant à catégoriser les différentes variables indépendantes utilisées dans la littérature sur l'explication de l'Etat providence provient de Tarschys (1975) et semble adéquate encore à ce jour. Cet auteur a identifié les facteurs socio-économiques,

idéologiques, et institutionnels comme étant les principaux déterminants possibles. Les variables socio-économiques comprennent les changements technologiques, économiques ou démographiques. Ainsi, selon la «logique de l'industrialisation», on part du principe que ces facteurs sont appelés à se transformer avec le développement des sociétés industrielles, et à avoir des répercussions sur le rôle de l'Etat providence. Les variables idéologiques et cognitives, quant à elles, réfèrent aux connaissances, croyances et désirs. Comme l'indique Tarschys, «Intellectual trends, moral ideas, scientific discoveries, and religious beliefs all play a part in the determination of public expenditures» (p. 14). Le troisième type comprend les facteurs politiques et institutionnels dont on présume qu'ils affectent les décisions politiques comme, par exemple, la culture politique, la procédure parlementaire ou, encore, les attributs personnels d'un leader politique.

Certaines études récentes observent la relation entre un ou seulement quelques facteurs et la variable dépendante. C'est le cas, par exemple, de celle d'Esping-Andersen (1985), qui vise à comprendre comment le mouvement ouvrier a affecté la démocratisation sociale du capitalisme d'après-guerre. L'auteur s'est intéressé en premier lieu à l'impact de l'organisation du mouvement ouvrier et de la force de gauche dans le contrôle du cabinet parlementaire, sur la démocratisation sociale. Les résultats de cette étude

indiquent que, en effet, la mobilisation du pouvoir par la classe ouvrière a été un facteur de démocratisation sociale.

Ce type d'analyse de la relation entre une ou seulement quelques variables indépendantes (souvent de nature socio-économique ou politique) et la variation de l'effort étatique semble avoir été plus prôné avant le début des années 80 qu'il ne l'est aujourd'hui. Depuis un peu plus d'une décennie, en effet, les études visent plutôt à développer un modèle d'explication complexe qui intègre un grand nombre de variables appartenant à plusieurs des catégories établies ci-dessus. L'étude récente de Korpi (1989), illustre bien cette tendance. Pour expliquer ce qui détermine l'étendue et la qualité des droits sociaux, Korpi examine l'impact d'au moins six facteurs: croissance du PNB, conflits industriels, ressources consacrées aux fonctionnaires, votes pour la gauche, nombre de sièges occupés par les partis de gauche et, finalement, densité syndicale. Ainsi, l'auteur a considéré les facteurs d'ordre socio-économique, idéologique et institutionnel, dans l'observation à l'effet que la participation des partis de gauche a été un facteur déterminant important pour l'évolution des droits sociaux pendant la maladie, et ce dans 18 pays de l'OCDE avant et après la seconde guerre mondiale.

Pendant plusieurs années, la perception largement répandue qu'il existe une dichotomie entre les variables socio-économiques et politiques a donné lieu à un grand nombre d'études visant à isoler des facteurs comme l'impact de la croissance économique afin de déterminer l'impact réel des facteurs politiques. Castles résume bien la controverse qui a longtemps animé le domaine d'étude qui nous intéresse. D'une part, les tenants des explications socio-économiques soutenaient que, si les circonstances économiques de base (ou en termes marxistes, les forces de production) sont semblables, et si les dilemmes politiques sont les mêmes, on peut s'attendre à ce que les décisions gouvernementales soient à peu près semblables. D'autre part, certains chercheurs de l'école américaine du 'politics matters' avançaient que, à l'intérieur des systèmes démocratiques, on peut s'attendre à une plus grande association entre les facteurs environnementaux, tels que le développement socio-économique, et l'élaboration de politiques (Castles, 1982:25).

Depuis, toutes les études publiées ont confirmé que les facteurs économiques et démographiques ne peuvent à eux seuls expliquer le changement du degré de l'effort de l'Etat providence: les facteurs politiques sont déterminants, bien qu'on ne s'entend pas toujours pour dire lesquels sont les plus importants.

3. Pays et années

Les analyses sont effectuées soit de façon transversale (comparaison de pays), soit de façon longitudinale (séries dans le temps), ou encore avec l'aide d'un regroupement de ces deux approches. La très grande majorité des études faisant l'objet de cette analyse portent sur un peu moins d'une vingtaine de pays de l'OCDE. Les périodes observées varient considérablement, en fonction de l'intérêt des chercheurs et beaucoup, aussi, en fonction de la disponibilité des données pour tous les pays et toute la période observés. Comme l'a noté Castles (1982), pas moins de 21 pays démocratiques et capitalistes au total pourraient faire l'objet d'une analyse comparative, mais c'est la non-disponibilité de certaines données bien précises pour toutes les nations sous étude qui réduit habituellement le nombre de pays observés à 17 ou 18. Cet univers restreint n'est pas sans poser de problèmes: le manque de contrôles possibles a bien des chances de créer une surdétermination des différences observées. En d'autres mots, le nombre de cas est trop limité, bien souvent, pour déterminer laquelle des données peut être perçue comme celle causant la variation observée (Castles, 1982:35).

Il appert donc que le choix de l'approche, des pays et des périodes observés, de même que l'opérationnalisation des concepts centraux, peuvent avoir un impact décisif sur les résultats. C'est ce qui explique en grande partie l'extrême

diversité apparente des résultats obtenus à ce jour dans le domaine de la recherche comparative sur les variations des niveaux de l'Etat providence.

Toutefois, si le corps des recherches n'apparaît pas à première vue comme étant solidement unifié, il n'en demeure pas moins que certains résultats permettent une meilleure compréhension des mécanismes affectant l'effort de l'Etat providence. En fait, c'est principalement à l'aide de variables d'ordre économique, idéologique et politique que les chercheurs sont le mieux parvenus à expliquer les variations de l'effort étatique.

4. Principaux résultats

Déjà au milieu des années 70, Tarschys notait que toutes les études longitudinales portant sur les nations industrialisées confirment le postulat de base à l'effet que la part des dépenses publiques dans le PNB a tendance à s'accroître en même temps que le PNB per capita (Tarschys, 1975:12).

Dans l'analyse comparative entre pays capitalistes industrialisés, cependant, ce ne sont pas les variations transversales du niveau de développement économique qui permettent le mieux de prédire le niveau des dépenses publiques, puisque ces différences sont relativement minimes (état de développement comparable). En limitant son analyse à 18 pays capitalistes avancés, Cameron (1978) a pu démontrer que le taux de croissance économique d'une nation

ne contribue nullement à la croissance des dépenses publiques.

Ces résultats pourraient sembler contraires à ceux de deux études ultérieures, mais ils émanent en fait d'approches assez différentes. D'abord, l'étude de Moon et Dixon (1985), établit que le PNB per capita a eu, en fait, une très forte influence positive sur la satisfaction des besoins de base. L'explication des résultats contraires tient principalement en ce que l'étude de Cameron compare uniquement des pays capitalistes avancés, tandis que celle de Moon et Dixon compare pas moins de 116 nations dont le niveau de développement économique, il va sans dire, peut varier considérablement. L'argument selon lequel la comparaison de pays ayant atteint un niveau de développement économique comparable permet d'isoler davantage l'impact des facteurs politiques tient toujours.

Ensuite, l'étude de Hicks et Swank (1984), compare bien des pays de l'OCDE, mais permet tout de même aux auteurs d'affirmer que, pour la période observée, la croissance économique, tout comme la croissance des investissements économiques, ont affecté positivement l'effort de l'Etat providence. Cette fois, la contradiction peut s'expliquer par le fait que les études ont adopté, chacune à sa manière, une définition particulière de «la croissance». En effet, Hicks et Swank examinent les changements dans les paiements de transferts directs par rapport au PIB, tandis que Cameron

s'intéresse avant tout à l'augmentation de la proportion des revenus publics par rapport au PIB.

Ainsi, on pourrait reformuler, avec davantage de précision, que dans les pays industrialisés, le taux de croissance économique d'une nation a peu d'effets sur celui des revenus publics par rapport au PIB (Cameron); cependant, la croissance économique détermine en partie la variation des paiements de transferts directs par rapport au PIB (Hicks et Swank).

D'autres variables économiques importantes ont servi à ce jour à expliquer l'effort de l'Etat providence. D'abord, comme Cameron (1978) l'a observé, la structure économique s'articulant autour d'une économie ouverte aux échanges internationaux² détermine fortement une plus grande croissance. Les résultats d'autres chercheurs, notamment ceux de Swank (1983), Schmidt (1983) et O'Connor (1988), confirment ceux obtenus par Cameron. Ensuite, Swank (1983) a observé, pour la période 1960-1971, l'importance décisive des niveaux précédents des dépenses de l'Etat providence sur l'accroissement à venir de ces dépenses. De plus, en période de crise économique, définie par Schmidt (1983) comme la période 1973-1979 (par rapport à 1960-1973), il appert que l'existence de stabilisateurs économiques est un important déterminant de l'accroissement du niveau de

² Une telle ouverture est mesurée par la proportion des exportations et des importations par rapport au PNB.

dépenses en sécurité sociale. Comme on aurait pu s'y attendre c'est que, toujours d'après l'analyse de Schmidt, lorsque la croissance économique ralentit, les coûts d'assurance-chômage, d'aide sociale et de retraites anticipées sont portés à augmenter.

Les variables politiques donnent lieu à davantage d'interprétations que les variables économiques, mais deux préoccupations principales apparaissent évidentes: l'impact de la mobilisation ouvrière (ou de classes), et celui de la composition gouvernementale.

En ce qui concerne la première de ces préoccupations, plusieurs chercheurs ont tenté de déterminer si la mobilisation de la classe ouvrière est reliée de quelque façon à l'évolution de l'Etat. Esping-Andersen (1985) a établi qu'effectivement, la mobilisation ouvrière a été un facteur important de la démocratie sociale dans 18 démocraties capitalistes avancées entre 1930 et 1980. Cependant, l'auteur reconnaît que cette approche ne parvient pas à expliquer pourquoi, dans certains pays, des niveaux de mobilisation élevés ont eu un impact modeste sur la réforme institutionnelle (démocratisation) de l'Etat. De même, l'analyse de Swank (1983) révèle que l'ampleur des grèves dans le secteur industriel a un impact positif sur l'accroissement des dépenses sociales de bien-être. A elles seules, les différentes catégories de protestation élaborées par l'auteur ne permettent pas de déceler de relation

directe avec l'accroissement des dépenses sociales de bien-être, mais Swank a pu établir que l'importance des protestations provenant des classes inférieures, et touchant aux questions d'économie et de redistribution, est reliée positivement à l'augmentation des dépenses sociales. Enfin, dans une autre étude portant sur la même période, Hicks et Swank (1984), ont confirmé que l'action directe et les mouvements de protestation contribuent, tout comme l'existence de partis dominants et de grands groupes d'intérêts organisés, à l'augmentation de l'effort de l'Etat. Cela leur permet de conclure que les décideurs publics répondent aux protestations des classes inférieures et aux grèves ouvrières en leur accordant des concessions de bien-être (p.106).

En ce qui a trait à la deuxième grande préoccupation d'ordre politique, soit celle visant à déterminer l'impact de la composition du gouvernement et de la compétitivité électorale sur l'augmentation de l'effort étatique, certains résultats des travaux effectués méritent d'être mis en perspective. Sauf exception, les études font ressortir que la présence de la gauche dans le processus électoral a un impact positif décisif sur l'augmentation de l'effort, peu importe que celle-ci soit mesurée en termes d'efforts ou en termes de résultats.

Ainsi, au cours des dernières années, Moon et Dixon (1985) ont établi que les pratiques démocratiques et

l'idéologie de gauche sont associées avec des niveaux plus élevés de satisfaction des besoins de bien-être individuel. Par contre, une idéologie de droite est, le plus souvent, associée avec un niveau inférieur de croissance. Bien qu'ils examinaient les données de 116 nations au niveau de développement économique diversifié (ce qui implique, comme nous l'avons vu, que le facteur le plus décisif sera le niveau de développement économique), les auteurs ont tout de même pu déterminer que le processus politique contribue de façon indépendante à la croissance de l'effort. L'étude de Korpi (1989), établit également que la participation des partis de gauche a été un facteur décisif important pour l'évolution des droits sociaux pendant la maladie, et ce pour la période d'avant et d'après-guerre dans 18 pays de l'OCDE.

Dans la même veine, la classification mise de l'avant par Hicks et Swank (1983) a servi à démontrer une relation pour le moins intéressante entre l'idéologie partisane et l'augmentation de l'effort de l'Etat. Ainsi, pour la première fois dans la littérature, ces auteurs ont démontré que, si la relation à l'effet que les partis de gauche accentuent l'augmentation de l'effort a pu être difficile à démontrer sans équivoque par le passé, c'est qu'en fait ce sont plutôt les partis n'appartenant pas à la droite, et non pas uniquement les partis de gauche, qui contribuent à une plus grande augmentation de l'effort; ils confirment aussi

que la droite, quant à elle, tend à limiter cette croissance.

A la lumière de ces études, certains résultats obtenus par Pampel et Williamson (1988) apparaissent quelque peu surprenants. Avec l'observation des variations dans les dépenses sociales totales en bien-être pour 18 pays entre 1950 et 1980, les auteurs ont voulu déterminer, entre autres, les effets du degré de démocratisation, du pouvoir des classes et des partis de classe, sur la croissance de l'effort étatique. Leurs résultats indiquent que les variables étatiques ou de classe n'ont, la plupart du temps, que peu d'effets. Le contrôle du pouvoir politique par les partis de droite ou de gauche aurait eu un impact très limité, ce qui peut être attribuable en grande partie à la mesure cumulative adoptée par les auteurs.³

De même, contrairement aux résultats obtenus par Hicks et Swank, le nombre de journées de travail perdues à cause de grèves aurait un impact négatif sur la croissance de l'Etat. Les auteurs suggèrent que ce n'est pas lorsque les conflits éclatent que le niveau des dépenses augmente, mais bien lorsque les syndicats ont le pouvoir requis pour les rendre moins nécessaires (Pampel et Williamson, 1985:1442).

³ Selon eux, les programmes de dépenses des partis de gauche continuent à se manifester même après que les partis sont remplacés, de la même manière que les effets des dépenses réduites des partis de droite ne disparaissent pas aussitôt qu'un parti de gauche accède au pouvoir. Leur mesure se distingue de celles d'autres chercheurs, puisqu'elle tient compte de l'effet accumulé (nombre d'années au pouvoir de la gauche et de la droite), plutôt que d'une corrélation directe entre l'effort et l'idéologie au cours d'une période bien déterminée.

Selon Pampel et Williamson, qui sont par ailleurs redevables au National Institute on Aging pour l'octroi d'un fonds de recherche, c'est l'importance de la population âgée qui a été le facteur le plus décisif du niveau des dépenses sociales de bien-être. Le taux de chômage, le PNB et les prix à la consommation ont aussi contribué à un niveau plus élevé de dépenses, tandis que les variables de classe et les variables visant à tenir compte de la structure de l'Etat ont eu des effets minimes ou inconsistants.

B) Littérature canadienne

Au Canada, relativement peu de chercheurs ont adopté, pour l'analyse de l'effort provincial, l'une des approches décrites plus haut. Simeon et Miller (1980) ont mené l'une de ces rares études, en observant les variations des dépenses per capita pour chacune des provinces canadiennes dans 11 domaines différents entre 1956 et 1974.

Le modèle de régression utilisé par Simeon et Miller permet d'établir que les facteurs économiques expliquent une partie importante du niveau des dépenses publiques. D'abord, dans la plupart des secteurs observés, les paiements de transferts fédéraux jouent un rôle encore plus déterminant que le revenu per capita. Ensuite, les provinces les mieux nanties ont tendance à dépenser davantage que celles qui le sont moins, quoique la relation entre le revenu personnel disponible et les dépenses soit

assez faible. Enfin, le niveau des salaires joue également un rôle déterminant.

Comme il a été établi ailleurs dans la littérature, les facteurs politiques ont un impact sur les dépenses publiques. Simeon et Miller ont constaté une relation entre l'augmentation du niveau des dépenses et les élections, et des variations selon le parti au pouvoir.

Simeon et Miller ont observé, entre 1956 et 1974, un effet significatif de convergence interprovinciale. C'est dire que les niveaux de dépenses per capita, et ce pour chacun des secteurs sous étude, sont devenus plus semblables entre les provinces au fil des ans. Au nombre des facteurs qui expliqueraient cette convergence se trouvent, selon les auteurs, 1) la possibilité d'une convergence parallèle des circonstances économiques interprovinciales; 2) l'activité du gouvernement fédéral qui, comme on sait, a vu aux paiements de péréquation et à la mise en oeuvre de programmes à coûts partagés; 3) l'accroissement du parallélisme des préférences et des attentes populaires; 4) la convergence, également, des demandes provenant des groupes d'intérêts et les attentes des élites économiques; 5) le processus de communication interprovinciale et les effets de démonstration (Simeon et Miller, 1980:275-277).

Sans doute est-ce parce qu'ils ont effectué cette étude il y a quelques années, mais les auteurs n'ont pas jugé

nécessaire de relever le fait que cette convergence s'explique aussi sans doute, en bonne partie, par le fait que la période étudiée correspond à la mise en oeuvre de nombreux programmes sociaux de base qui visaient, justement, à garantir aux citoyens au moins un minimum de services et standards de vie. Il serait intéressant de voir si cette convergence du niveau des dépenses est toujours apparente lorsque l'on prend en considération ce que l'on pourrait désigner comme étant des Etats providence matures plutôt qu'en expansion rapide, et ainsi est manifeste même après que les principaux programmes sociaux de bien-être aient été mis en oeuvre.

Les résultats obtenus par Lachapelle (1986), avec l'examen de quatre champs d'activité étatique provinciale entre 1950 et 1980, vont dans le même sens que ceux de Simeon et Miller, à quelques exceptions près. Tout comme ces auteurs, Lachapelle constate que ce sont les paiements de transferts aux provinces qui ont été statistiquement le plus déterminants (et qu'ils sont d'ailleurs le seul facteur à l'être pour les quatre secteurs sous étude), suivis du revenu personnel disponible. Les autres déterminants pour l'ensemble des secteurs sont le niveau de développement économique (quoique celui-ci ne semble avoir aucun effet selon l'un des deux procédés statistiques utilisés), les années d'élections, la présence d'un parti de gauche dans les assemblées provinciales, le degré de compétition entre

les partis, et le taux d'activité des femmes. La présence de grandes corporations a un impact presque nul.

Une autre étude portant sur l'expérience canadienne vise à comparer l'accroissement des dépenses du gouvernement fédéral, au cours des dernières décennies, avec celle des autres pays capitalistes avancés. Dans cette étude, Cameron (1986) cherche principalement à savoir si les politiques électorales et les institutions politiques contribuent à la croissance de l'économie publique, et si oui, jusqu'à quel point. Comme on pouvait s'y attendre, l'auteur démontre que, effectivement, les facteurs politiques ont exercé un impact indépendant. De plus, l'accroissement des dépenses publiques depuis le milieu des années 20 au Canada est associé positivement à la tenue d'élections. Cependant, l'impact d'un gouvernement du Parti Libéral ou du Parti Conservateur apparaît nul. Toujours selon cet auteur, les facteurs les plus décisifs pour le Canada ont été les effets de la seconde guerre mondiale, la détérioration de l'économie et la montée des taux de chômage (Cameron, 1986: 46-47).

En somme, donc, l'examen des nombreuses études comparant les variations temporelles ou transversales (principalement entre nations de l'OCDE) de l'effort étatique dans la provision de mesures sociales de bien-être, ou des résultats de cet effort, permet de constater que la connaissance empirique des déterminants de l'Etat providence

a substantiellement avancé au cours des deux dernières décennies. Un tel examen fait également ressortir combien les approches récentes se sont raffinées par rapport à celles utilisées pour les premières recherches.

Toutefois, certains résultats encore disparates indiquent que la connaissance universelle des mécanismes complexes à l'origine du degré de l'effort étatique offre encore d'importants défis à venir aux disciplines des sciences sociales ... et peut-être encore bien davantage de défis pour les chercheurs canadiens.

C) Evolution des systèmes de santé au Canada

Besoins changeants, évolution des technologies médicales, nouvel équilibre entre les forces politiques et économiques, voilà autant de raisons qui font que les systèmes de santé, tant au Canada que dans les autres pays industrialisés, font constamment l'objet de révisions. Depuis le début des années 80 surtout, les principales caractéristiques des systèmes provinciaux subissent une à une l'assaut d'une vague de réformes par incréments à l'échelle canadienne. La façon de financer et de rendre les services de santé est repensée, l'efficacité et la pertinence des méthodes de prestations des soins est questionnée et, enfin, l'orientation des systèmes et la politique globale de santé sont remises en cause.

En s'éloignant quelque peu de l'examen minutieux des changements incrémentaux cependant, l'on peut faire

ressortir trois grandes périodes historiques distinctes dans l'évolution des systèmes provinciaux de santé au Canada. Evidemment, ces systèmes ont connu un parcours pas plus synchronisé que semblable en tous points, mais les relations entre les gouvernements fédéral et provinciaux ont clairement délimité le cadre commun de leur évolution historique. D'abord, depuis la Confédération canadienne jusque vers 1945, les systèmes provinciaux de santé, si l'on peut ainsi les désigner, reposaient presque en totalité sur les initiatives privées. Parce que les provinces se sont peu préoccupées du fait que l'Acte d'Amérique du Nord britannique leur assigna't la responsabilité du domaine de la santé, l'oscillation de pouvoir entre le gouvernement fédéral et les provinces est demeurée presque inexistante dans ce domaine pendant cette période.

Ce relatif amorphisme étatique en matière de santé allait toutefois se transformer après la fin de la Seconde Guerre mondiale. A partir de ce moment, et jusqu'en 1977, le gouvernement fédéral allait mettre de l'avant un certain nombre d'initiatives de collaboration avec les provinces, dont l'adoption de deux importants programmes à coûts partagés: la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957, et la Loi sur les soins médicaux de 1966. Au cours de cette période, les institutions privées, qui assumaient depuis toujours la prestation des services de santé, sont devenues publiques

grâce aux ententes de financement fédérales-provinciales. En 1961, toutes les provinces avaient ratifié une entente en vue d'établir un régime gouvernemental assurant (au minimum) la couverture universelle des frais hospitaliers. Ainsi, la collaboration de deux paliers administratifs a permis de mettre en place, progressivement, ce qui apparaissait de plus en plus clairement comme un système national de santé.

En même temps, cependant, la nature fédérale-provinciale des programmes prêtait aux contestations juridictionnelles et posait un certain nombre de problèmes importants, notamment pour ce qui est de l'équité interprovinciale dans la distribution des ressources à l'intérieur des programmes financés. De même, la nature "ouverte" des ententes (le gouvernement fédéral remettait aux provinces environ la moitié des dépenses qu'elles engageaient en santé), ainsi que le fait que seuls les services hospitaliers et médicaux pouvaient être financés par le gouvernement fédéral, incitaient peu au contrôle des coûts et n'encourageaient nullement la mise en place d'une gestion serrée, ou rationnelle, des ressources. Au contraire, les provinces avaient avantage à concentrer leurs dépenses sur les soins médicaux hautement technologiques et sur les soins curatifs individuels plutôt que de miser sur des services communautaires, préventifs et alternatifs de santé.

De par le cadre national actuel du Financement des programmes établis (FPE), en place depuis 1977, les provinces sont dorénavant incitées à exercer un meilleur contrôle des dépenses. En vertu du FPE, les contributions du gouvernement fédéral aux provinces sont calculées sans tenir compte des dépenses provinciales. Elles sont établies selon la population de chacune des provinces et le taux de croissance du PIB provincial. Les provinces sont tenues de dépenser dans le domaine de la santé les sommes que leur verse le gouvernement fédéral, mais n'ont pas l'obligation d'y engager de dépenses correspondantes. Une partie de la contribution fédérale est versée sous forme de "points de taxes", l'autre est versée comptant. En clair, c'est qu'en définissant le FPE, les gouvernements fédéral et provinciaux ont convenu que le fédéral renonçait à un peu plus de 9% des taxes sur le revenu personnel, tandis que les provinces augmentaient leurs perceptions fiscales d'un taux équivalent, sans effet perceptible donc pour les contribuables. Le manque à gagner des provinces est versé comptant.

Avec leur pouvoir discrétionnaire accru, les provinces ont étendu, à partir de 1977 jusqu'au milieu des années 80, la couverture médicale de base en offrant des services nouveaux tels que les programmes de soins dentaires pour les enfants, les régimes d'assurance-médicaments pour certains groupes d'individus ou, encore, les services de prothèses.

Toutefois, après l'adoption de la Loi canadienne sur la santé de 1984, qui prévoit des pénalités financières à l'égard des provinces autorisant la surfacturation et les frais modérateurs pour les services hospitaliers, les provinces ont eu tendance à ne plus mettre en oeuvre de nouveaux programmes, et même à annuler certains services pouvant être considérés non indispensables au plan médical, et ce de façon à concentrer leurs ressources sur les services de base.

Au cours des années 80, l'importance de la contribution relative du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé s'est beaucoup amoindrie. Celui-ci a révisé quatre fois les dispositions fiscales sous le FPE, de façon à limiter la croissance des transferts aux provinces. Déjà en 1986, les transferts fédéraux sous le FPE n'augmentaient plus qu'en fonction du PIB provincial moins deux pour cent, plutôt qu'en fonction du PIB provincial tout court, tel que le prévoit l'entente originale de 1977. A partir de 1990 et jusqu'en 1994, le gouvernement fédéral a tout simplement enrayé la croissance des transferts sous le FPE, en tenant compte toutefois de l'accroissement des populations provinciales et de l'inflation.

Avec une échéance aussi courte que celle imposée par le gouvernement fédéral, les provinces n'arrivent pas à freiner d'une façon correspondante la croissance de leurs dépenses de santé, qui continuaient de croître à un rythme annuel de

8,3% en 1990, alors que les transferts fédéraux n'augmentaient plus que de 5,8% (Santé et Bien-être social Canada, 1992:34). Ainsi, les provinces n'ont d'autre option que de financer le manque à gagner à partir de leurs propres ressources. Alors qu'en 1979-80, le gouvernement fédéral assumait 44,6% des dépenses provinciales et territoriales en santé, sa contribution ne s'élevait déjà plus qu'à 35,4% en 1990-91.⁴ Compte tenu des mesures budgétaires annoncées, il est très plausible de croire que ce pourcentage continue de diminuer depuis.

En même temps qu'il se retire du financement des systèmes provinciaux de santé, le gouvernement fédéral tient à maintenir les principes de base du système national de santé, que sont l'universalité, l'intégralité et la protection, l'accessibilité raisonnable des services, la transférabilité des prestations, et l'administration des services par un organisme public sans but lucratif (Vance, 1991:3). Et pour y arriver, il fait maintenant appel à son pouvoir législatif plutôt qu'à celui de dépenser. Car pour bénéficier de l'appui financier du gouvernement fédéral, en effet, les régimes provinciaux d'assurance-santé, d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation doivent se conformer aux critères nationaux. De manière à s'assurer que les principes de base soient maintenus malgré

⁴ Selon les données disponibles les plus récentes, transmises directement par Santé et Bien-être social Canada.

son retrait progressif, le gouvernement fédéral a, dans son budget de 1991-92, insisté sur le fait qu'il a le pouvoir de ne pas verser les transferts aux provinces qui ne se conformeraient pas aux principes nationaux. Le ministre des Finances a aussi annoncé qu'il entend renforcer la Loi canadienne sur la santé de façon à retenir d'autres formes de transferts comptant au besoin, de façon à pénaliser financièrement les provinces ne se conformant pas aux critères de base.⁵

En somme donc, il est évident que les systèmes provinciaux de santé, qu'on désigne communément, par ailleurs, comme s'il s'agissait d'un seul et même système "canadien", ont évolué dans un contexte institutionnel et législatif commun. Il sera démontré à la troisième section que, bien que cette évolution conjointe ait certes eu une incidence importante sur l'effort canadien dans son ensemble, les provinces présentent néanmoins des variations importantes quant au degré de leur effort de santé.

⁵ Voir les documents du budget de février 1991 publiés par le ministère des Finances, intitulé: Transferts fédéraux aux provinces, questions et réponses.

Section deux

LE CADRE DE RECHERCHE

La présente démarche s'inspire des études comparatives dont il a été question dans la section précédente, et qui visent à identifier les déterminants de l'Etat providence. Elle a pour objet de démontrer de façon empirique, sans équivoque possible, l'importance centrale de la conceptualisation même de "l'effort", telle que soulevée théoriquement par Gilbert et Moon (1988). De plus, elle fera ressortir, à l'aide d'une approche quantitative et comparative, les principaux déterminants de l'effort étatique envers le plus important programme qui soit financé par les gouvernements provinciaux au Canada, celui de la santé. Enfin, elle permettra possiblement de faire avancer la connaissance empirique du cas canadien.

Le domaine de la santé est certes un aspect particulier de l'Etat providence, mais il représente néanmoins, au niveau provincial, sa plus importante composante de par la proportion des ressources qu'on y consacre. En 1990, en effet, les dépenses de santé représentaient environ le tiers des budgets provinciaux, et pas moins de 73% des dépenses publiques au Canada¹.

¹ Selon les données les plus récentes, transmises directement par Santé et Bien-être social Canada. Il faut noter que les comptes publics font état de quatre catégories de dépenses de santé: soins hospitaliers, soins médicaux, soins préventifs, et autres.

Ce domaine incite d'autant plus à l'analyse comparative qu'il présente des variations considérables, selon les juridictions provinciales respectives, dans les montants de dépenses allouées et pour ce qui est du taux d'accroissement de ces dépenses.

Par rapport aux autres études sur les pays de l'OCDE, celle-ci présente un atout important: la plupart des données nécessaires sont compilées par une agence centrale (Statistique Canada), dans un cadre fiscal, législatif et monétaire commun et selon des procédés relativement uniformes. Ces conditions minimisent la marge d'inexactitude et le risque d'erreurs systématiques.²

Le champ d'observation comprend l'effort des dix provinces en matière de santé, entre 1971 et 1990. L'étendue de cette période présente pas moins de 20 points d'observation dans le temps. Elle permet de découper et de comparer quatre périodes de cinq ans ou encore d'isoler des points assez distancés en nombre d'années pour faire ressortir des changements substantiels. L'année 1971 correspond au moment où toutes les provinces canadiennes

² Les comparaisons entre pays de l'OCDE peuvent se révéler boiteuses. Par exemple, Korpi (1989) a élaboré un concept sophistiqué pour comparer les prestations financières que les Etats garantissent aux citoyens malades. Avec tous les calculs que cela aurait exigé, il aurait été impensable de comparer l'ensemble des programmes offerts dans les 18 pays à tous les paliers administratifs. L'auteur n'a donc retenu que les prestations offertes par le gouvernement central, ce qui crée une faille immense dans la validité des résultats. Dans les pays décentralisés ou fédéraux (dont le Canada), en effet, les gouvernements locaux peuvent être d'importants fournisseurs de tels services, et on ne tient nullement compte de leur rôle.

avaient adhéré au programme de l'assurance-santé. L'année 1990 est la dernière pour laquelle le PIB provincial est disponible, et cette donnée est essentielle à l'analyse de l'effort de santé, telle qu'envisagée.

Pour mesurer l'effort, deux variables dépendantes sont retenues: l'indice conventionnel (dépenses en santé par rapport au PIB), qui est utilisé dans la plupart des études comparatives sur les déterminants de l'effort étatique, ainsi que l'indice NET (Needs, Expenditure, Taxation). Comme son acronyme anglais l'indique, cet indice, élaboré par Gilbert et Moon (1988), représente une version modifiée de l'indice conventionnel qui tient compte des besoins ainsi que des recettes fiscales de chaque province.³

L'utilisation de ces deux indices fera ressortir l'importance prépondérante de la conceptualisation, non seulement dans l'analyse comparative du niveau de l'effort, mais aussi dans l'identification des facteurs déterminant le degré de cet effort. Elle permettra d'établir les distinctions et rapprochements qui se manifestent dans l'analyse des déterminants, selon la mesure que l'on choisit, et de démontrer que les variables indépendantes utilisées dans la littérature jusqu'à maintenant ont été conceptualisées en fonction de l'indice conventionnel.

³ Un examen et une discussion détaillée portant sur les différentes mesures de l'effort provincial de santé suivra.

A) Méthodologie

Etant donné le champ d'observation spécifique de cette étude, il convient non pas de reprendre rigoureusement un modèle d'analyse existant, mais plutôt de vérifier à nouveau, en les adaptant au besoin à la réalité de l'effort provincial de santé, certaines des hypothèses déjà formulées dans la littérature sur les déterminants de l'effort étatique en général, parmi celles qui permettent le mieux d'atteindre l'objet précis de la présente démarche. Ainsi, certains déterminants de l'effort ou, plus précisément, ceux qui semblent les plus pertinents pour procéder à l'analyse de l'effort de santé, serviront à l'élaboration des hypothèses, qui seront par la suite vérifiées empiriquement. L'opérationnalisation des concepts et des mesures sera, elle aussi, élaborée à partir des études existantes.

De toute évidence, il s'agit d'une analyse transversale s'étendant sur plusieurs années. Dans un premier temps, l'évolution de l'effort de santé des provinces est analysé, et les provinces sont classées par rang, selon les cinq indices de l'effort de santé qui sont discutés de façon détaillée. Dans un deuxième temps, une analyse de régressions multiples⁴ permet de faire ressortir et de comparer les principaux déterminants de l'effort de santé, selon l'indice qu'on choisit pour le mesurer.

⁴ Les régressions sont effectuées à l'aide du programme Stepwise offert sur le logiciel SPSS.

B) Hypothèses

L'argumentation théorique à l'appui des hypothèses vérifiées dans cette étude est étayée ci-dessous. Les variables sont groupées en trois catégories: facteurs économiques, sociologiques, et politiques ou institutionnels.

1. Facteurs économiques

Investissements privés. L'une des plus importantes contraintes de l'élaboration de politiques gouvernementales consiste, selon l'argumentation néo-marxiste, en un pouvoir de veto qu'exerce la classe d'affaires sur le processus politique. Sa décision d'investir, ou de ne pas le faire, affecte non seulement la performance économique d'une province, mais aussi ses revenus, le nombre de votes pour un parti donné, et l'allocation d'autres ressources dont un gouvernement a besoin. Ralph Miliband (1969) reconnaît que le droit de veto n'est pas absolu, mais il maintient que celui-ci est «plus important que tout autre intérêt de la société capitaliste» (p.134).

Au Canada, l'attitude de la classe capitaliste vis-à-vis l'interventionnisme étatique a donné lieu à diverses interprétations, et celles de Finkel (1979) et Cuneo (1979 et 1980), qui ont observé l'attitude des milieux d'affaires au cours des années 30 et 40, demeurent contradictoires. Selon Finkel, le développement de l'Etat canadien visait d'abord à empêcher l'émergence de sérieux conflits de

classes. L'Etat providence représentait la seule alternative au socialisme, ce qui expliquerait que la classe d'affaires ait appuyé un plus grand interventionnisme, même si cela pouvait sembler contraire à ses intérêts immédiats. Toujours d'après Finkel, la plupart des hommes d'affaires voulaient une réforme pour préserver à la fois le système social existant ainsi que, quoique peut-être légèrement transformés, leurs propres pouvoirs et privilèges.

L'interprétation de Cuneo va complètement à l'opposé. Selon cet auteur, la classe capitaliste a voulu, à peu d'exceptions près, empêcher toute réforme sociale d'envergure. Ce n'est qu'une faction de la classe capitaliste, la faction industrielle, qui aurait appuyé l'introduction, par le gouvernement fédéral, de la Loi sur l'assurance-chômage de 1941. Dans son ensemble, la classe capitaliste s'est opposée de façon véhémente à ce projet de loi, qui allait, prévoyait-elle, affecter directement sa capacité d'accumuler.

Ces interprétations suggèrent deux hypothèses opposées, mais toutes deux fort plausibles. D'une part, *un taux de croissance des investissements privés variera positivement avec l'effort*. D'autre part, *un taux de croissance des investissements privés variera négativement avec l'effort*.

Développement et croissance économiques. Comme il a déjà été souligné, un bon nombre d'études longitudinales confirment le postulat de base à l'effet que la part des

dépenses publiques a tendance à s'accroître en même temps qu'un haut niveau de développement économique (Tarschys, 1975:12). Plusieurs auteurs ont observé qu'un niveau avancé de développement économique, de même que la croissance économique, sont une source de taxation et de dépenses accrues. Cette relation s'expliquerait, selon Hicks et Swank (1984), par le fait qu'avec l'avance du développement économique, les citoyens manifestent une plus grande volonté de financer les dépenses publiques, et les décideurs publics ont une capacité accrue de les engager. Bien que les auteurs néo-marxistes tels que O'Connor (1973) n'aient pas explicitement affirmé que l'affluence et la croissance économique contribuent à l'expansion de l'Etat, ils ont tout de même avancé l'argument suivant, qui pourrait y conduire: les crises économiques et la stagnation de la production menacent le niveau des dépenses publiques. Ainsi, il est plausible de s'attendre à ce que la croissance économique affectera positivement l'effort. De même, un niveau élevé de développement économique sera associé positivement à un plus grand effort.

Ouverture aux échanges internationaux. Un bon nombre d'auteurs ont confirmé, nous l'avons vu, l'hypothèse selon laquelle une structure économique s'articulant autour d'une économie ouverte aux échanges internationaux détermine fortement une plus grande croissance des dépenses publiques (Cameron, 1978; Swank, 1983; Schmidt, 1983; O'Connor, 1988).

Les économies ouvertes, c'est-à-dire celles qui reposent le plus fortement sur les importations et les exportations, sont sujettes à davantage de pressions sur les marchés et sur les prix provenant d'autres nations. Selon cette argumentation, plus une nation (province) est dépendante de l'économie internationale, plus elle subit de pressions pour prévenir les conséquences négatives de la vulnérabilité économique. Ainsi, *plus ouverte sera l'économie d'une province, plus grand sera son effort.*

Déficit budgétaire. La crise fiscale consiste simplement, pour reprendre la définition de O'Connor (1973), en une tendance des gouvernements à effectuer des dépenses supérieures à leurs revenus. Au Canada, et comme l'a démontré Chorney (1989), on a accordé bien peu d'attention au déficit national et à la dette publique avant le milieu des années 70. A partir de ce moment, toutefois, on a commencé à s'y attaquer directement, puisqu'ils devenaient associés à un des grands problèmes de cette période qu'était l'inflation. C'est avec la récession de 1981-82 que la croissance du déficit et le fardeau de la dette allaient devenir des préoccupations majeures à l'échelle nationale. Toujours selon l'analyse de Chorney, "l'hystérie" de la dette apparaît toujours en période de difficultés économiques (p.24). Il est donc plausible d'avancer que, au moins depuis le milieu des années 70, l'accroissement de la dette exerce des pressions sur les gouvernements en vue d'un

meilleur contrôle des dépenses. Ainsi, *une plus grande ampleur du déficit aura une incidence négative sur l'effort.*

2. Facteurs sociologiques et démographiques

Taux d'activité féminine. Le rôle changeant des femmes dans l'économie a contribué à une restratification sociale importante au cours des dernières décennies. Briggs (1961) et Myrdal et Klein (1968) ont démontré que la participation accrue des femmes au marché du travail, et leurs pressions constantes pour l'atteinte de l'égalité, ont incité plusieurs pays à revoir leurs objectifs sociaux. En réponse aux changements structurels engendrés par un taux d'activité accru, certaines fonctions assumées traditionnellement par les femmes au sein même des unités familiales ont été prises en charge par l'Etat, quoique progressivement et à différents degrés il faut l'admettre. On pense par exemple à la garde des enfants, à certaines tâches domestiques, de même qu'aux soins aux personnes malades ou âgées. D'après cette argumentation, on peut s'attendre à ce qu'un *taux d'activité féminine élevé déterminera un effort plus grand.*

Besoins relatifs. Plusieurs études sur les déterminants de l'effort se sont intéressées surtout à la proportion de personnes âgées dans la population pour mesurer les besoins (Hicks et Swank (1984), Pampel et Williamson (1988), O'Connor (1988)). Dans le domaine de la santé, les usagers intensifs du système comprennent, outre les personnes âgées, les très jeunes enfants. Selon une

enquête de santé effectuée en France, les enfants âgés de deux ans voient un médecin onze fois par an, les enfants de deux à quatre ans, six fois par an, par rapport à cinq fois l'an pour l'ensemble de la population. A partir de l'âge de cinq ans, la consommation de soins de santé décroît; elle atteint deux séances par an pour les filles de 10 à 14 ans et pour les garçons de 15 à 19 ans (Labourdette, 1988:44). On peut donc s'attendre à ce que *plus le niveau des besoins de la population est grand, plus l'effort sera significatif.*

3. Facteurs politiques et institutionnels

Présence de la gauche. Au cours des dernières années, nous l'avons vu, un bon nombre d'études ont fait ressortir que la présence de la gauche dans le processus électoral a un impact positif décisif, tant sur les variations de l'effort étatique que les résultats de ce dernier. L'étude de Moon et Dixon (1985), par exemple, a établi que la présence d'un parti de gauche est associée avec un effort élevé, tandis qu'on constate la relation inverse avec la présence de partis de droite au pouvoir. Au Canada, Chandler (1977) a démontré que, lorsque le Nouveau Parti démocratique est entré dans l'arène politique, ou a formé un gouvernement, les dépenses publiques de bien-être ont eu tendance à augmenter, tant au niveau fédéral que provincial. Il est donc plausible d'avancer que *la présence de la gauche dans le processus électoral des provinces favorisera un plus grand effort.*

Compétitivité politique et impact des élections. Swank (1983) a souligné que les dépenses sociales de bien-être ont été souvent décrites comme résultant en partie de l'utilisation présumée que font les partis et les élites politiques des dépenses publiques, de façon à s'assurer un plus grand appui de la masse électorale. Un parti au pouvoir a la possibilité de dépenser des sommes supplémentaires bénéficiant à des groupes cibles, en vue d'obtenir la faveur électorale. Si, au Canada, le degré de compétition varie beaucoup d'une élection provinciale à l'autre c'est que, comme l'ont noté Falcone et Mishler (1977), le système oscille souvent entre deux natures: il peut être bipartiste et devenir multipartiste, ou l'inverse. Ainsi, on peut avancer l'hypothèse à l'effet que *plus grande sera la compétitivité électorale, plus grand sera l'effort.* De même, *les années d'élections provinciales seront associées à un plus grand effort que les autres années.*

Transferts fédéraux. Depuis la Seconde Guerre mondiale, l'importance du rôle du gouvernement fédéral dans les économies provinciales s'est accru constamment. A l'aide d'une analyse économétrique, Michas (1969) a établi que les transferts du gouvernement fédéral aux provinces permettent à ces dernières de dépenser davantage qu'elles ne le feraient autrement, tout en maintenant un taux de taxation moins élevé. Les transferts fédéraux permettent aux provinces les moins bien nanties d'offrir un niveau de

services semblable à celles qui le sont mieux. Il appert donc que les transferts fédéraux peuvent avoir un impact significatif sur le niveau de l'effort provincial. Il est donc plausible d'avancer que les plus élevés seront les transferts fédéraux aux provinces, plus important sera leur effort.

En résumé, donc, les hypothèses suivantes sont vérifiées, selon deux indices mesurant l'effort de santé. L'effort étatique dans le domaine de la santé est associé positivement avec

- H1 un taux élevé d'investissements de capitaux privés
- H2 un taux élevé de développement économique
- H3 la croissance économique
- H4 l'ouverture de la province aux échanges internationaux
- H5 le taux d'activité des femmes
- H6 la masse d'usagers intensifs de services de santé
- H7 la présence de la gauche dans les législatures provinciales
- H8 l'intensité de la compétition entre les partis
- H9 la tenue d'élections
- H10 l'importance des transferts provenant de l'administration fédérale.

De même, l'effort étatique dans le domaine de la santé est associé négativement avec

H11 l'importance des déficits budgétaires par rapport au PIB.

Spécification du modèle

Le Tableau 2.1 décrit les concepts, indicateurs et mesures des variables indépendantes servant à cette étude. Plusieurs indicateurs ont été utilisés par Lachapelle (1986) et repris tels quels. Ce sont: le taux de mortalité infantile, les investissements privés, les transferts du gouvernement fédéral en santé, l'indice de Milder, les sièges détenus par la gauche, les années d'élections, et le taux d'activité des femmes.⁵ Les autres indicateurs sont empruntés à d'autres études: croissance du PIB (Hicks et Swank, 1984); ouverture de l'économie (Cameron, 1988); déficit (Schmidt, 1983). Quant à elle, l'argumentation en faveur de l'adaptation d'un indicateur fort utilisé pour mesurer les besoins relatifs de la population a déjà été étayée plus haut.

Une analyse préliminaire des corrélations et des régressions multiples des variables du Tableau 2.1 a permis de constater les phénomènes suivants. D'abord, deux variables sont trop fortement corrélées entre elles (coefficient de .833) pour être significatives lorsque faisant partie du même modèle, soit le revenu personnel

⁵ Pour une discussion sur la validité de chacun de ces indicateurs et mesures, voir Lachapelle (1986:186-92).

Tableau 2.1Concepts, indicateurs et mesures

<u>Concepts</u>	<u>Indicateurs</u>	<u>Mesures</u>
Développement économique	Taux de mortalité infantile (DEVELOP) et revenu personnel disponible (RPD)	par 1000 habitants en \$ constants, per capita
Recapitalisation	Investissements privés (INVEST)	En \$ constants par rapport au PIB
Croissance économique	Croissance du PIB (CROISS)	PIB1 / PIB0
Ouverture économique	(Importations + Exportations) / PIB (OUVERT)	en \$ constants
Déficit	Déficit / PIB (DEFICIT)	en \$ constants
Fédéralisme	Transferts du fédéral en santé (TRANSF)	en \$ constants, per capita
Idéologie	Sièges détenus par partis "de gauche" (GAUCHE)	% des sièges occupés par NPD, PQ avant 1976, et Cap Breton Travailliste
Compétition entre partis	Indice de Milder (COMPET)	indice * 100
Tenue d'élections	Années d'élections (ELECT)	1 = élections 0 = autres
Dépendance envers le système de santé	Taux d'activité des femmes (FEMMES)	% de la population féminine
Besoins relatifs	Population d'utilisateurs intensifs des services de santé (BESOINS)	(0-4 + 65+) / 5-64

disponible et la mortalité infantile, et ce d'autant plus qu'elles visent à mesurer un même concept, le développement économique. Leur forte intercorrélacion indique d'ailleurs la pertinence des deux mesures. Le RPD étant très fortement corrélé, en plus, avec les transferts du gouvernement fédéral en santé (coefficient de .921), ainsi qu'avec le taux d'activité des femmes (.737), le niveau d'investissements privés (.511) et la croissance économique (-.567), c'est sans aucun doute cette variable qu'il convenait le mieux d'éliminer pour mesurer le niveau de développement économique.

Ensuite, les besoins ressortent comme un facteur très significatif pour expliquer les variations de l'indice NET. Or, on sait que cet indice tient déjà compte des besoins, ce qui explique en trop bonne partie la relation étroite. Ainsi, cette variable ne doit pas faire partie de l'équation pour la droite de régression de l'indice NET, même si elle demeurent pertinente dans celle de l'indice conventionnel. En définitive, ce sont les deux droites de régressions suivantes qu'il convient de vérifier et de comparer:

$$\text{NET} = \text{INVEST} + \text{CROISS} + \text{OUVERT} + \text{GAUCHE} + \text{FEMMES} + \text{COMPET} + \text{ELECT} + \text{TRANSFERTS} + \text{DEVELOP} + \text{DEFICIT}$$

$$\text{CONVENT} = \text{INVEST} + \text{CROISS} + \text{OUVERT} + \text{GAUCHE} + \text{FEMMES} + \text{COMPET} + \text{ELECT} + \text{TRANSFERTS} + \text{DEVELOP} + \text{DEFICIT} + \text{BESOINS}$$

Section trois

L'EFFORT PROVINCIAL DE SANTE

Bien que les systèmes provinciaux de santé se soient développés, comme nous l'avons vu, à l'intérieur d'un cadre législatif et financier commun, l'effort dans ce domaine a varié grandement d'une province à l'autre, d'une année à l'autre, ainsi que beaucoup, aussi, selon l'indice choisi pour le mesurer, comme en témoigne la discussion qui suit.

A) Variations provinciales

1. Dépenses per capita

Le Tableau 3.1 fait ressortir que, pour l'année 1990, les dépenses provinciales en santé per capita sont 25,8 fois supérieures en moyenne à celles de 1971, et ce pour l'ensemble des provinces. Les provinces ont consacré au domaine de la santé quelque 65,85\$ en moyenne par personne en 1971, tandis qu'elles ont dépensé pas moins de 1.697,87\$ pour les mêmes fins en 1990. Ce sont la C.-B. et T.-N. qui ont augmenté le plus leurs dépenses per capita, celles-ci se multipliant par 27,8 et 28,5 respectivement, tandis que le Québec a connu la plus lente progression: en 1990, les dépenses per capita en santé étaient 21,4 fois supérieures à celles de 1971, soit une progression de 4,4 points inférieure à l'ensemble des provinces.

¹ Tous les calculs monétaires de cette étude ont été effectués sur une base réelle, en dollars constants de 1986, selon l'indice approprié.

Tableau 3.1

**L'effort de santé des provinces
mesuré selon leurs dépenses en santé per capita
(en \$ constants de 1986)**

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>	<u>Moyennes</u>
1971	54.15	57.41	61.83	58.01	72.87	79.14	69.64	63.65	76.05	65.53	65.83
1972	69.17	66.13	71.82	70.92	87.88	93.20	77.11	71.56	83.62	76.03	76.74
1973	93.80	80.05	88.25	92.99	104.72	108.28	97.01	89.12	103.25	94.93	95.24
1974	132.03	109.18	125.42	115.73	142.60	148.25	136.12	113.87	141.38	137.59	130.22
1975	168.48	144.78	165.98	149.83	190.68	188.53	176.98	154.17	200.35	192.24	173.20
1976	187.41	174.51	195.23	182.68	234.37	221.80	224.94	201.04	271.49	225.59	211.91
1977	206.97	235.79	263.17	211.56	254.58	252.47	326.63	272.98	268.99	258.84	255.20
1978	247.27	243.47	264.79	244.94	306.54	289.28	295.41	269.06	318.08	322.27	280.11
1979	296.21	284.02	319.81	296.18	379.33	337.17	350.74	330.59	400.70	400.65	339.54
1980	386.81	372.13	408.32	397.44	469.38	425.02	459.62	432.95	545.91	545.72	444.33
1981	505.75	474.17	566.03	533.68	586.05	557.96	617.04	575.65	728.65	719.76	586.47
1982	650.01	609.70	695.03	695.40	694.00	700.00	779.98	794.25	993.62	864.97	747.70
1983	745.48	714.08	790.74	757.48	781.48	816.13	893.60	892.86	1 136.04	956.72	848.46
1984	769.05	762.51	885.04	810.66	853.02	917.07	991.61	956.95	1 168.54	1 002.65	911.71
1985	843.14	811.84	977.22	885.06	937.08	1 042.01	1 045.87	1 039.49	1 290.42	1 064.38	993.55
1986	957.77	897.31	1 069.74	955.38	1 042.60	1 183.80	1 139.00	1 088.10	1 402.80	1 162.79	1 089.93
1987	1 062.48	993.54	1 198.21	1 138.57	1 160.82	1 325.77	1 274.74	1 105.85	1 402.80	1 309.52	1 197.23
1988	1 158.52	1 098.71	1 353.74	1 291.12	1 272.75	1 524.04	1 330.14	1 345.41	1 583.02	1 454.09	1 341.15
1989	1 313.17	1 202.07	1 564.73	1 474.59	1 469.11	1 760.50	1 622.65	1 537.52	1 647.65	1 659.48	1 525.15
1990	1 542.40	1 371.84	1 680.97	1 604.38	1 559.80	1 921.57	1 748.27	1 807.23	1 852.28	1 890.02	1 697.87

Croissance moyenne pour les périodes désignées (en %)

1971-75	3.1	2.5	2.7	2.6	2.6	2.4	2.5	2.4	2.6	2.9	2.6
1976-80	2.1	2.1	2.1	2.2	2.0	1.9	2.0	2.2	2.0	2.4	2.1
1981-85	1.7	1.7	1.7	1.7	1.6	1.9	1.7	1.8	1.8	1.5	1.7
1986-90	1.6	1.5	1.6	1.7	1.5	1.6	1.5	1.7	1.3	1.6	1.6
1971-90	28.5	23.9	27.2	27.7	21.4	24.3	25.1	28.4	24.4	28.8	25.8

Source: Consulter les tableaux en annexe.

Quiconque cherche à évaluer correctement la progression des dépenses per capita doit tenir compte des montants dépensés par les provinces au début de la période, alors qu'on s'affairait encore à mettre en place certaines composantes de base du système national de santé. Il appert qu'en 1971, les quatre provinces de l'Est du Canada, T.-N. en tête de liste, dépensaient beaucoup moins per capita que les autres. T.-N. consacrait 54,15\$ par personne au domaine de la santé tandis qu'à l'autre extrême, l'Ontario y allouait pas moins de 79,14\$, soit environ 1,5 fois plus. Ces données expliquent qu'en 1990, T.-N. ait dépensé près de 400\$ de moins que l'Ontario par personne, même si elle a augmenté ses dépenses beaucoup plus rapidement que cette dernière à partir de 1971. Cependant, le fait que le Québec dépensait en 1971 environ 10% de plus que l'ensemble des provinces (72,87\$ contre 65,83\$), n'est pas suffisant pour contrecarrer les effets de la progression relativement lente de ses dépenses au cours des deux dernières décennies. Ainsi, le Québec a dépensé en 1990 près de 140\$ de moins par personne que l'ensemble des provinces canadiennes.

Il appert que les dépenses provinciales per capita ont progressé de façon soutenue au cours de la période 1971-1990, bien qu'à un rythme décélérant. Ainsi, les provinces dépensaient en moyenne 2,6 fois plus per capita en 1975 qu'elle ne le faisaient en 1971; 2,1 fois plus en 1980 qu'en 1976; seulement 1,7 fois plus en 1985 qu'en 1981; et plus

que 1,6 fois plus en 1990 qu'en 1986. Au cours de ces deux décennies, donc, la progression des dépenses provinciales moyennes per capita a continué de se faire rapidement, mais la vitesse de la croissance s'est atténuée.

2. Indice conventionnel

En tenant compte uniquement des dépenses per capita, on pourrait être porté à croire que l'effort de santé fourni par T.-N. et les provinces maritimes est moindre que celui des autres provinces. Or, l'examen du Tableau 3.2 fait ressortir que l'effort de T.-N. et des Maritimes est, au contraire, plus significatif lorsqu'on tient compte des dépenses en rapport avec le produit intérieur brut (PIB). Entre 1971 et 1990 par exemple, T.-N. a consacré en moyenne pas moins de 7,67% de son PIB au domaine de la santé, ce qui la place nettement au-dessus de la moyenne de 6,05% des provinces.

De par cet indice conventionnel, qui est par ailleurs généralement utilisé dans la littérature sur les déterminants de l'effort étatique, il ressort que les provinces les moins nanties consacrent au domaine de la santé une part plus importante de leur production que les provinces les plus riches. Ainsi, l'Alberta, l'Ontario et la C.-B. sont celles qui fournissent l'effort le moindre. Quant à elles, T.-N. et les provinces maritimes consacrent au domaine de la santé une portion de leur PIB largement supérieure à la moyenne.

Tableau 3.2

**L'effort de santé des provinces
mesuré selon l'indice conventionnel***

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>	<u>Moyennes</u>
1971	6.39	7.35	6.03	5.96	5.34	4.43	5.16	5.04	4.69	4.08	5.45
1972	7.48	7.27	5.83	6.10	5.46	4.45	4.92	5.13	4.37	4.01	5.50
1973	8.03	6.36	5.83	6.37	5.28	4.16	4.80	4.58	3.98	3.81	5.32
1974	8.25	6.65	6.53	5.98	5.39	4.35	5.02	3.78	3.47	4.20	5.36
1975	8.47	7.51	7.13	6.54	5.87	4.61	5.29	4.13	3.91	4.90	5.84
1976	7.41	6.78	6.71	6.36	5.75	4.40	5.48	4.42	4.39	4.54	5.62
1977	6.83	8.26	7.88	6.45	5.41	4.40	7.14	5.55	3.72	4.46	6.01
1978	7.18	7.20	6.64	6.30	5.54	4.40	5.52	4.57	3.63	4.75	5.57
1979	6.47	6.68	6.69	5.77	5.61	4.16	5.29	4.55	3.51	4.71	5.35
1980	7.32	7.40	7.51	7.54	5.69	4.34	5.77	4.59	3.71	5.21	5.91
1981	7.64	7.12	8.07	7.72	5.72	4.51	5.95	4.81	4.04	5.46	6.10
1982	8.28	8.08	7.94	8.44	5.92	5.05	6.54	5.98	4.95	5.95	6.71
1983	8.41	8.21	7.62	7.70	5.94	5.12	6.79	6.28	5.20	6.06	6.73
1984	7.78	7.73	7.51	7.20	5.76	5.00	6.65	6.14	4.87	5.87	6.45
1985	7.74	7.93	7.30	7.17	5.76	5.23	6.45	6.15	4.75	5.74	6.42
1986	8.03	7.58	7.17	6.73	5.80	5.32	6.62	6.41	5.81	5.86	6.53
1987	7.81	7.61	7.19	7.11	5.64	5.24	6.72	6.24	5.34	5.82	6.47
1988	7.59	7.23	7.31	7.15	5.41	5.21	6.10	6.86	5.58	5.70	6.41
1989	7.76	7.16	7.55	7.29	5.64	5.38	6.53	6.87	5.24	5.77	6.52
1990	8.56	7.55	7.51	7.44	5.68	5.63	6.72	7.45	5.44	6.16	6.81
<u>Moyennes</u>											
1971-75	7.72	7.03	6.27	6.19	5.47	4.40	5.04	4.53	4.08	4.20	5.49
1976-80	7.04	7.26	7.09	6.48	5.60	4.34	5.84	4.74	3.79	4.73	5.69
1981-85	7.97	7.81	7.69	7.65	5.82	4.98	6.48	5.87	4.76	5.81	6.48
1986-90	7.95	7.43	7.35	7.14	5.63	5.36	6.54	6.77	5.48	5.86	6.55
1971-90	7.67	7.38	7.10	6.87	5.63	4.77	5.97	5.48	4.53	5.15	6.05

*Dépenses provinciales en santé / PIB *100

Source: Consulter les tableaux en annexe.

Selon cet indice, il est difficile de déceler une évolution nette de l'effort provincial dans l'une ou l'autre direction. La moyenne annuelle des provinces indique toutefois que celles-ci consacraient au domaine de la santé environ un point de pourcentage de moins au cours des années 70 qu'elles ne le faisaient au cours des années 80, par rapport à leur PIB. Entre 1971 et 1990, la part du PIB consacré aux dépenses de santé a oscillé d'année en année, en progressant toutefois, passant d'une moyenne de 5,49% entre 1971 et 1975, à 5,69% entre 1976 et 1980, à 6,48% entre 1981 et 1985 et, enfin, à 6,55% entre 1986 et 1990. Selon toute évidence, cette oscillation à la hausse de l'effort s'explique avant tout par le fait que la courbe de croissance du PIB réel des provinces, quoique ascendante, est irrégulière. L'explication possible à l'effet que les dépenses réelles de santé connaissent des replis s'avère inexacte.²

3. Indice conventionnel modifié pour tenir compte des besoins standardisés

L'une des prémisses normatives de l'indice conventionnel consiste à prendre pour acquis que le plus une province dépense dans le domaine de la santé, par rapport à son PIB, le plus grand est son effort. Mais pour reprendre en substance le raisonnement de Gilbert et Moon (1988:327),

² En consultant le Tableau 13 en annexe, on constate une progression constante des dépenses en santé, et ce pour toutes les provinces et toutes les années.

Tableau 3.3

**L'effort de santé des provinces
mesuré selon l'indice conventionnel
modifié pour tenir compte des besoins***

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>	<u>Moyennes</u>
1971	6.25	6.31	5.88	5.93	6.57	4.76	4.93	4.67	5.05	4.15	5.45
1972	7.39	6.26	5.68	6.05	6.79	4.77	4.65	4.70	4.73	4.08	5.51
1973	7.98	5.47	5.70	6.29	6.60	4.47	4.51	4.15	4.35	3.89	5.34
1974	8.25	5.74	6.38	5.87	6.71	4.66	4.70	3.40	3.82	4.32	5.38
1975	8.58	6.54	6.95	6.39	7.23	4.95	4.91	3.68	4.34	5.05	5.86
1976	7.62	5.94	6.55	6.22	6.92	4.74	5.06	3.90	4.89	4.70	5.65
1977	7.15	7.21	7.75	6.35	6.42	4.73	6.56	4.85	4.19	4.58	5.98
1978	7.61	6.30	6.54	6.23	6.46	4.73	5.06	3.97	4.12	4.86	5.59
1979	6.97	5.85	6.62	5.75	6.45	4.47	4.84	3.92	4.02	4.78	5.37
1980	7.99	6.49	7.42	7.58	6.48	4.65	5.25	3.92	4.29	5.25	5.93
1981	8.51	6.21	7.98	7.78	6.45	4.82	5.40	4.08	4.72	5.48	6.14
1982	9.28	7.04	7.84	8.57	6.66	5.39	5.94	5.06	5.82	5.93	6.75
1983	9.58	7.22	7.51	7.86	6.69	5.45	6.17	5.30	6.03	5.97	6.78
1984	8.92	6.85	7.42	7.36	6.51	5.31	6.04	5.18	5.56	5.75	6.49
1985	8.93	7.10	7.21	7.35	6.56	5.53	5.85	5.20	5.37	5.55	6.47
1986	9.32	6.79	7.07	6.92	6.66	5.59	6.02	5.42	6.58	5.61	6.60
1987	9.17	6.90	7.08	7.31	6.49	5.47	6.09	5.28	6.00	5.53	6.53
1988	9.03	6.59	7.20	7.36	6.20	5.41	5.49	5.80	6.24	5.40	6.47
1989	9.39	6.58	7.46	7.53	6.42	5.54	5.83	5.78	5.87	5.47	6.59
1990	10.48	6.99	7.43	7.70	6.38	5.76	5.99	6.25	6.09	5.85	6.89
<u>Moyennes</u>											
1971-75	7.69	6.07	6.12	6.10	6.78	4.72	4.74	4.12	4.46	4.30	5.51
1976-80	7.47	6.36	6.98	6.43	6.55	4.66	5.36	4.11	4.30	4.83	5.70
1981-85	9.04	6.88	7.59	7.78	6.58	5.30	5.88	4.96	5.50	5.74	6.53
1986-90	9.48	6.77	7.25	7.36	6.43	5.55	5.88	5.71	6.16	5.57	6.62
1971-90	8.42	6.52	6.98	6.92	6.58	5.06	5.46	4.72	5.10	5.11	6.09

*Dépenses provinciales en santé / (PIB * besoins standardisés) *100

Source: Consulter les tableaux en annexe.

on peut se demander si, effectivement, il est permis d'avancer qu'une province dont la population présente des besoins relativement minimes devrait fournir un effort comparable à une autre dont les besoins sont relativement élevés. N'est-il pas possible qu'une province dépense moins qu'une autre par rapport à son PIB, mais davantage qu'elle si on tient compte à la fois de ses besoins et de la valeur de sa production?

Pour mesurer l'effort, Gilbert et Moon avancent qu'il convient de tenir compte du «taux de dépendance». Dans l'analyse de l'effort de santé, celui-ci se définit assez bien en identifiant les groupes d'âge les plus susceptibles de recourir aux soins et services de santé. Or, c'est bien connu, l'utilisation des services de santé augmente avec l'âge moyen de la population, ce qui est "sujet à quelques qualifications pour les coûts des enfants très jeunes et des femmes enceintes" (Evans, 1987:165-6). Seul un petit nombre de personnes âgées reçoivent des soins de santé à un moment donné, il est vrai, mais environ 20% d'entre elles sont admises à l'hôpital au cours d'une année donnée.³ De plus, l'affirmation à l'effet que par le passé la "hausse des coûts hospitaliers attribués au vieillissement démographique était neutralisée par la chute du taux de natalité et par les séjours plus brefs des patients et des jeunes" (Conseil

³ Selon une étude effectuée au Manitoba, dont il est fait mention dans l'exposé annuel de 1986 du Conseil économique du Canada.

économique, 1986) permet de croire que ce sont les populations aux deux extrémités de la pyramide des âges qui ont le plus grand besoin des services de santé.

Ainsi, le taux de dépendance en santé est défini comme le nombre de personnes de 0 à 4 ans et de 65+ ans, par rapport au nombre de personnes entre 15 et 64 ans. Enfin, pour le rendre comparable, le taux de dépendance provincial est normalisé ou, en d'autres mots, divisé par le taux de dépendance moyen.

Selon l'indice conventionnel modifié pour tenir compte des besoins, donc, et comme le démontre le Tableau 3.3, l'effort des provinces en santé a connu une progression au cours de la période étudiée, mais pas de façon régulière sur une base annuelle. En fait, cet indice permet de déceler une progression constante de la moyenne des dix provinces pour chacune de quatre périodes sur deux décennies: il révèle un indice de l'effort de 5,51 entre 1971 et 1975, et ce pour l'ensemble des provinces, contre 5,70 entre 1976 et 1980, 6,53 entre 1981 et 1985, et 6,62 entre 1986 et 1990.

L'analyse de ces périodes révèle des inégalités dans la progression, mais permet de déceler certaines directions. Bien que l'effort moyen ait progressé entre 1976 et 1980, en effet, cinq provinces ont enregistré un léger recul par rapport à la période précédente. Entre 1981 et 1985, toutes les provinces, sans exception, ont augmenté leur effort, poussant l'effort de l'ensemble des provinces vers sa

progression la plus rapide en deux décennies. Entre 1986 et 1990, cependant, encore cinq d'entre elles enregistraient un recul.

En tenant compte des besoins, il appert que l'effort des provinces se divise en deux blocs géographiques: l'Ontario et les provinces de l'Ouest du pays fournissent un effort moindre que les quatre provinces du golfe du Saint-Laurent et de l'I.P.E. T.-N. est celle qui dépense le plus, compte tenu de ses besoins et de la valeur de sa production, avec un indice de 8,42; à l'autre extrême, on trouve la Saskatchewan dont l'indice de 4,72 représente à peine 60% de l'effort terre-neuvien et 80% de l'effort moyen.

4. Indice conventionnel modifié pour tenir compte du fardeau fiscal standardisé

L'indice conventionnel comporte une seconde prémisse normative: il ne tient pas compte des recettes fiscales que chaque province perçoit. Pour reprendre une fois de plus le raisonnement de Gilbert et Moon, si deux provinces dépensent le même pourcentage de leur production en santé, mais que l'une perçoit deux fois moins d'impôts et de taxes que l'autre, peut-on avancer que leur effort est équivalent? La province qui perçoit le moins de recettes fiscales s'est engagée plus sûrement envers la santé, en y consacrant un ratio plus grand de ses dépenses. Certes, d'aucuns pourraient argumenter que cet indice contient lui aussi une prémisse normative importante, puisqu'on peut avancer que

Tableau 3.4

**L'effort de santé des provinces
mesuré selon l'indice conventionnel
modifié pour tenir compte du fardeau fiscal***

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>	<u>Moyennes</u>
1971	3.08	3.42	4.42	3.50	4.43	5.26	4.85	5.06	5.54	4.84	4.44
1972	3.54	3.16	4.29	3.68	4.47	5.24	4.34	4.66	5.69	4.84	4.39
1973	3.75	2.81	3.92	3.65	4.27	4.86	4.45	4.27	5.45	4.86	4.23
1974	3.78	3.00	4.35	3.53	4.14	5.09	4.85	4.20	5.30	5.34	4.36
1975	4.03	3.06	4.53	3.56	4.49	5.34	4.80	4.67	7.20	6.20	4.79
1976	3.64	3.15	4.42	3.83	4.44	5.11	4.95	4.98	7.60	5.91	4.80
1977	3.44	3.66	5.15	3.89	4.02	5.26	6.45	6.16	6.65	5.93	5.06
1978	3.39	3.24	4.34	3.62	4.12	5.13	5.21	5.39	6.70	6.34	4.75
1979	3.20	3.08	4.15	3.45	4.08	4.70	4.76	5.33	7.57	6.36	4.67
1980	3.40	3.28	4.31	3.95	4.10	4.94	5.09	5.20	7.96	7.22	4.94
1981	3.77	3.39	4.99	4.35	4.05	5.33	5.43	5.23	8.01	7.79	5.23
1982	4.23	3.97	5.44	5.01	4.25	5.97	5.98	6.96	9.92	8.41	6.01
1983	4.37	4.06	5.38	4.64	4.18	6.09	5.85	7.88	10.30	8.21	6.09
1984	4.00	4.06	5.34	4.36	4.16	5.86	5.88	7.59	9.18	7.65	5.81
1985	4.03	3.95	5.48	4.15	4.13	5.96	5.71	7.53	9.73	7.37	5.80
1986	4.15	4.07	5.60	4.39	4.37	6.02	5.79	7.23	10.99	7.47	6.01
1987	4.17	4.10	5.67	4.66	4.39	6.07	5.35	6.17	8.75	7.47	5.68
1988	3.99	3.97	5.57	4.63	4.37	5.87	5.03	6.44	9.13	7.33	5.63
1989	3.83	3.82	5.84	4.69	4.59	5.98	5.54	6.48	8.73	7.57	5.71
1990	4.64	4.20	5.73	4.97	4.65	6.26	5.89	6.97	8.40	8.30	6.00
<u>Moyennes</u>											
1971-75	3.64	3.09	4.30	3.58	4.36	5.16	4.66	4.57	5.84	5.22	4.44
1976-80	3.41	3.28	4.47	3.75	4.15	5.03	5.29	5.41	7.30	6.35	4.85
1981-85	4.08	3.89	5.33	4.50	4.15	5.84	5.77	7.04	9.43	7.89	5.79
1986-90	4.16	4.04	5.68	4.67	4.47	6.04	5.52	6.66	9.20	7.63	5.81
1971-90	3.82	3.57	4.95	4.13	4.28	5.52	5.31	5.92	7.94	6.77	5.22

*Dépenses provinciales en santé / (PIB * fardeau fiscal standardisé) *100

Source: Consulter les tableaux en annexe.

l'Etat a la responsabilité même, comme partie de son "effort" ou de son rôle, de percevoir les taxes et les impôts nécessaires pour pourvoir aux besoins de santé. En définitive, ce que cet indice révèle, c'est l'importance relative qu'accorde une province au domaine de la santé dans l'allocation de ses recettes fiscales.

Ainsi, à l'aide d'un indice tenant compte des recettes fiscales⁴ normalisées, et comme il en ressort clairement du Tableau 3.4, un phénomène pour le moins intéressant se produit. L'Alberta, grande dernière dans l'effort selon la mesure conventionnelle, devient la championne de l'effort lorsqu'on tient compte du fardeau fiscal. Tout comme avec les autres mesures, il appert que l'effort moyen a progressé au cours des 20 dernières années, l'indice passant de 4,44 entre 1971 et 1975, à 4,85 entre 1976 et 1980, à 5,79 entre 1981 et 1985, avec une progression infime, à 5,81, entre 1986 et 1990.

Contrairement aux autres provinces, où l'on décèle une tendance à la hausse par rapport au fardeau fiscal, le Québec a fourni un effort relativement stable et peu élevé, selon cet indice, au cours des quatre périodes entre 1971 et 1990. C'est dire que, dans l'allocation de ses ressources, le Québec accordait en 1990 une priorité semblable à celle

⁴ Les recettes fiscales sont définies comme tous les impôts et toutes les taxes, directs et indirects, que perçoit une province, y compris les transferts des autres administrations publiques.

de 1971 au domaine de la santé, et un effort moindre que celui de l'ensemble des provinces.

5. Indice NET

L'argumentation de Gilbert et Moon sur la mesure de l'effort étatique visait à concevoir un indice qui tient compte à la fois des besoins et du fardeau fiscal. L'indice NET (needs, expenditures, taxation) mesure donc l'effort en fonction à la fois des dépenses par rapport à la valeur de la production, des besoins standardisés, et du fardeau fiscal standardisé.

Adapté au domaine de la santé⁵, cet indice permet d'établir, et comme il en ressort du Tableau 3.5, que l'effort moyen a progressé entre 1971 et 1985, mais qu'il s'est stabilisé au milieu des années 80. L'effort de T.-N. et des provinces maritimes a progressé de façon constante au cours des quatre périodes, tandis que celui des provinces de l'Ouest canadien a chuté, quant à lui, entre 1986 et 1990. Avec un indice NET de 5,41 entre 1971 et 1975 et de 5,11 entre 1985 et 1990, le Québec apparaît comme la seule des provinces où l'effort était plus grand au cours des années 70 qu'au cours des années 80.

⁵ L'adaptation pour l'effort de santé en particulier a nécessité deux changements. Contrairement à l'indice NET original, le taux de dépendance exclut le taux de chômage, et les besoins sont définis comme le nombre de personnes âgées de 0-4 ans et de 65+ans, par rapport à celles âgées de 5-64 ans.

Tableau 3.5

**L'effort de santé des provinces
mesuré selon l'indice NET***

	<u>IN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>	<u>Moyennes</u>
1971	3.02	2.94	4.31	3.48	5.45	5.65	4.63	4.69	5.97	4.92	4.51
1972	3.50	2.72	4.19	3.65	5.56	5.62	4.10	4.27	6.16	4.92	4.47
1973	3.72	2.42	3.84	3.61	5.34	5.21	4.18	3.87	5.96	4.96	4.31
1974	3.78	2.59	4.25	3.46	5.16	5.46	4.53	3.76	5.84	5.48	4.43
1975	4.08	2.67	4.41	3.48	5.52	5.74	4.45	4.16	7.99	6.39	4.89
1976	3.75	2.76	4.31	3.75	5.34	5.50	4.57	4.39	8.47	6.11	4.90
1977	3.60	3.20	5.07	3.83	4.78	5.65	5.93	5.39	7.49	6.10	5.10
1978	3.59	2.84	4.28	3.58	4.81	5.50	4.78	4.68	7.61	6.48	4.82
1979	3.44	2.70	4.10	3.45	4.70	5.04	4.36	4.59	8.66	6.46	4.75
1980	3.71	2.88	4.26	3.97	4.67	5.30	4.63	4.44	9.21	7.27	5.03
1981	4.20	2.96	4.93	4.39	4.57	5.70	4.93	4.44	9.37	7.82	5.33
1982	4.74	3.46	5.37	5.08	4.78	6.37	5.43	5.89	11.67	8.38	6.12
1983	4.97	3.57	5.30	4.73	4.70	6.48	5.32	6.65	11.94	8.09	6.18
1984	4.59	3.60	5.27	4.46	4.70	6.23	5.34	6.41	10.48	7.49	5.86
1985	4.65	3.53	5.41	4.25	4.71	6.29	5.18	6.36	11.00	7.13	5.85
1986	4.82	3.65	5.52	4.51	5.02	6.32	5.26	6.11	12.44	7.16	6.08
1987	4.91	3.72	5.58	4.79	5.05	6.33	4.85	5.21	9.82	7.11	5.74
1988	4.75	3.62	5.49	4.76	5.01	6.10	4.53	5.45	10.22	6.95	5.69
1989	4.63	3.51	5.77	4.84	5.22	6.17	4.95	5.46	9.78	7.17	5.75
1990	5.68	3.89	5.67	5.14	5.23	6.41	5.25	5.85	9.42	7.88	6.04
<u>Moyennes</u>											
1971-75	3.62	2.67	4.20	3.54	5.41	5.54	4.38	4.15	6.38	5.34	4.52
1976-80	3.62	2.88	4.40	3.72	4.86	5.40	4.85	4.70	8.29	6.48	4.92
1981-85	4.63	3.42	5.26	4.58	4.69	6.21	5.24	5.95	10.89	7.78	5.87
1986-90	4.96	3.68	5.61	4.81	5.11	6.17	4.97	5.61	10.34	7.25	5.86
1971-90	4.21	3.16	4.87	4.16	5.02	5.85	4.86	5.10	8.98	6.71	5.29

*Dépenses provinciales en santé / (PIB * fardeau fiscal standardisé * besoins standardisés)

Source: Consulter les tableaux en annexe.

6. Rang de l'effort gouvernemental

L'examen détaillé de ces indices permet de soulever une question méthodologique fondamentale dans l'analyse comparative: comment comparer l'effort d'une province par rapport à celui d'une autre? Le Tableau 3.6 indique que la réponse peut varier du tout au tout, selon la mesure utilisée. Selon l'indice conventionnel en effet, la moyenne provinciale de l'effort de santé sur 20 ans indique que T.-N. et les provinces maritimes fournissent le plus grand effort, tandis que les provinces les mieux nanties que sont la C.-B., l'Ontario et l'Alberta se classent au dernier rang. Au cours de la période sous étude, T.-N. est celle qui a fourni le plus grand effort, compte tenu de ses besoins, et la Saskatchewan celle qui a fourni l'effort le moindre. Par rapport au fardeau fiscal de chaque province, toutefois, c'est l'Alberta qui se classe au premier rang, et l'I.-P.E. au dernier. Les cinq provinces fournissant le plus grand effort selon l'indice conventionnel sont en fait celles qui fournissent l'effort le moins significatif selon l'indice NET.

Ainsi, lorsqu'on modifie l'indice conventionnel de façon à tenir compte aussi des besoins en santé et du fardeau fiscal, le rang de l'effort des provinces se modifie

Tableau 3.6

Rang de l'effort gouvernemental en santé, selon les indices
(moyenne des années 1971-1990)

Pro- vince	Indice conven- tionnel	Dép. per capita (1990)	Indice conv. selon besoins	Indice conv. selon taxes	Indice NET
TN	1 (7.67)	9 (1542\$)	1 (8.42)	9 (3.82)	8 (4.21)
IPE	2 (7.38)	10 (1372\$)	5 (6.52)	10 (3.57)	10 (3.16)
NE	3 (7.10)	7 (1681\$)	2 (6.98)	6 (4.95)	6 (4.87)
NB	4 (6.04)	6 (1604\$)	3 (6.92)	8 (4.13)	9 (4.16)
MAN	5 (5.97)	5 (1748\$)	6 (5.46)	5 (5.31)	7 (4.86)
QUE	6 (5.63)	8 (1560\$)	4 (6.58)	7 (4.28)	5 (5.02)
SASK	7 (5.48)	4 (1807\$)	10 (4.72)	3 (5.92)	4 (5.10)
CB	8 (5.15)	2 (1890\$)	8 (5.11)	2 (6.77)	2 (6.71)
ONT	9 (4.77)	1 (1922\$)	9 (5.06)	4 (5.52)	3 (5.85)
ALB	10 (4.53)	3 (1852\$)	7 (5.10)	1 (7.94)	1 (8.98)

- a dépenses provinciales en santé / PIB
 b dépenses provinciales en santé / (PIB * besoins standardisés)
 c dépenses provinciales en santé
 (PIB * fardeau fiscal standardisé)
 d dépenses provinciales en santé
 (PIB * fardeau fiscal standardisé * besoins standardisés)

de façon impressionnante: les cinq premières provinces deviennent les cinq dernières, et vice versa⁶.

Après examen de ce tableau comparatif, demeure-t-on en mesure d'affirmer, comme le font couramment les nombreux utilisateurs de l'indice conventionnel (dépenses en santé par rapport au PIB), que Terre-Neuve fournit l'effort de santé le plus grand, et ce pour l'ensemble des provinces? Comment peut-on interpréter le fait que l'I.-P.-E. soit la province qui dépense le moins per capita? Car si l'on tient compte des besoins relatifs de cette province, ainsi que de son PIB, elle ne fait pas tout à fait mauvaise figure dans l'ensemble canadien (5e position).

Ce que cet exercice permet de faire, en définitive, c'est non pas d'imposer un nouvel indice, une nouvelle façon conventionnelle et définitive de comparer l'effort gouvernemental, mais bien d'ébranler les fausses certitudes d'une importante tradition dans l'analyse comparative des politiques publiques. L'exercice est d'autant plus pertinent que ces fausses certitudes ont exercé, et continuent d'exercer, un rôle vital auprès des dirigeants et des leaders d'opinion dans leurs choix politiques.

A preuve, et ce n'est qu'un exemple dans l'ensemble des politiques qui régissent l'Etat providence (tant au Canada

⁶ Il faut d'ailleurs noter que les deux indices sont corrélés de façon partielle seulement, et à la négative (-4892). Voir le Tableau 3.7.

que dans d'autres pays), l'un des six objectifs mis de l'avant par l'OCDE, et sur lequel cet organisme s'appuie pour évaluer les réformes de santé entreprises au cours des années 80, consiste en une «efficacité macro-économique». Selon cet objectif, les dépenses pour les services de santé doivent constituer une portion appropriée du PIB. Cela revient à dire que l'OCDE s'est servi de l'indice conventionnel pour avancer l'un des six objectifs qu'elle propose à ses membres. C'est également ce même indice qui lui servira par la suite à élaborer les critères d'évaluation des politiques de santé des pays de l'OCDE.

Au Canada, le but d'atteindre une efficacité macro-économique, tel que prônée par l'OCDE, a eu au moins deux effets majeurs sur les politiques de santé. D'une part, si les ministres provinciaux concernés, ainsi que le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, ont choisi d'élargir la gamme de services assurés jusqu'au milieu des années 80, c'est qu'ils s'étaient entendus sur la recevabilité, au Canada, de cet objectif. D'autre part, s'ils ont choisi de mettre l'accent, après cette date, sur le contrôle des dépenses de santé c'est encore, en bonne partie, du fait que le Canada occupait dorénavant, par rapport aux autres pays, un rang élevé dans la comparaison de leurs dépenses de santé.⁷

⁷ Pour une discussion plus détaillée à ce sujet, voir le rapport de Santé et Bien-être social Canada, Projet de réforme des services de santé de l'OCDE -- Rapport public provisoire -- Canada, du 12 juin 1992.

Bref, on constate que l'utilisation de l'indice conventionnel a une incidence élevée sur l'élaboration des politiques provinciales et nationales de santé, sans qu'elle donne lieu à des réflexions éclairées sur la justesse de ce qu'elle mesure vraiment. La mise à l'épreuve de l'indice élaboré par Gilbert et Moon permet de remettre en question cette pratique répandue dont la pertinence est, nous l'avons vu, fort douteuse.

B) Facteurs déterminants

L'apport de l'indice NET à l'analyse comparative de l'effort de santé soulève une autre problématique importante lorsqu'on vise à identifier les déterminants du degré de l'effort étatique. La conceptualisation même de la variable dépendante pourrait bien, en effet, se révéler le principal déterminant de cette effort, alors qu'une qualité désirable, pour une telle mesure, serait justement, sa neutralité par rapport aux résultats observés.

L'utilisation de deux variables dépendantes dans l'analyse de régressions multiples ci-dessous permet d'illustrer les effets possibles de la conceptualisation de la variable dépendante sur les résultats. Plusieurs déterminants de l'effort de santé mesuré selon l'indice conventionnel n'ont en réalité pas d'incidence sur l'effort de santé mesuré selon l'indice NET.

1. Indice conventionnel

Le Tableau 3.7 expose les résultats de l'analyse de régressions multiples. De toutes les variables faisant partie du modèle avancé dans la deuxième section, seulement sept seraient déterminantes de l'effort de santé lorsqu'on mesure celui-ci avec l'indice conventionnel.

Dans l'ordre, les facteurs déterminant l'effort de santé sont l'ampleur du déficit, les investissements privés, la présence législative de partis de gauche (NPD, PQ avant 1976, et Cap Breton Travailliste), les montants des transferts du gouvernement fédéral, le taux d'activité des femmes, et le degré de compétitivité entre les partis. C'est dire que si tous les autres facteurs demeurent constants, une augmentation d'un point de pourcentage du ratio déficit/PIB cause une diminution de 0,18613 point de pourcentage de l'effort de santé.

Les résultats de ces calculs confirment l'hypothèse émanant de l'argumentation de Cuneo exposée dans la deuxième section, plutôt que celle de Finkel: plus le niveau des investissements privés est élevé, moins l'effort de santé s'accroît. Cela suggère qu'au cours des deux dernières décennies, la classe d'affaires canadienne aurait été plutôt encline à s'opposer à l'expansion du rôle de l'Etat qu'à l'appuyer.⁸

⁸ Notons cependant que ces résultats ne remettent pas nécessairement en cause l'argumentation de Cuneo en tant que telle, celle-ci s'appuyant sur de l'évidence empirique datant des tout débuts de l'Etat providence au Canada.

Tableau 3.7

Régressions multiples sur l'indice conventionnel

Multiple F	.89128	Analysis of Variance	DF	Sum of Squares	Mean Square
R Square	.79439	Regression	7	192.88464	27.55495
Adjusted R Square	.79466	Residual	148	49.92423	.33723
Standard Error	.58080				

F = 81.68644 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----					----- Variables not in the Equation -----						
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T	Variable	Beta In	Partial	Min Toler	T	Sig T
DEFICIT	-.18613	.02186	-.36394	-8.515	.0000	CROISS	-.05411	-.08411	.36150	-1.022	.3078
INVEST	2.22162E+05	6.79169E+06	-.04850	-5.120	.0000	OUVERT	-.04935	-.09581	.37673	-1.107	.2451
GAUCHE	.01773	2.55301E-02	-.02144	-7.627	.0000	ELEC	-.02216	-.04802	.37165	-.583	.5609
TRANSFE	5.003448E+03	7.21338E+04	.39477	6.936	.0000	DEVELOP	-.05380	-.07436	.22827	-.904	.3574
PEWES	-.05531	.01034	-.32728	-5.406	.0000						
SESOINS	10.12891	2.56922	.19545	3.342	.0001						
IMPECT	1.03660	.33446	.10783	2.852	.0050						
Constant	5.00711	.69225		7.253	.0000						

Au moins deux résultats apparaissent tout à fait surprenants, à la lumière de la littérature parcourue. Dans un premier temps, le coefficient de la variable qui mesure la présence de la gauche est négatif, contrairement à l'hypothèse formulée. Ainsi, une plus grande participation législative de la gauche résulterait en un effort moindre; la gauche serait non seulement inefficace pour accroître davantage l'effort de santé, mais aurait sur lui une incidence négative. Une piste d'explication de ce phénomène apparaît dans l'argumentation néo-marxiste. Selon Ralph Miliband (1969), par exemple, les contraintes structurelles de l'exercice du pouvoir politique, tant internes qu'externes, sont telles que même lorsqu'un gouvernement vraiment réformiste est porté au pouvoir, il est peu probable qu'il puisse mettre son programme en oeuvre. D'une part, au nombre des contraintes internes figurent les hauts fonctionnaires, qui sont fort conservateurs, peu réformistes, et avant tout "the conscious or unconscious allies of existing economic and social elites" (p.111). D'autre part, la principale contrainte externe consiste, toujours selon Miliband, en un "pouvoir de veto" (pouvoir d'investir et pouvoir de ne pas le faire) des milieux d'affaires vis-à-vis les politiques gouvernementales. D'après cette argumentation, donc, la relation négative observée entre la présence de la gauche et l'effort suggère, peut-être, une pression accrue de la haute fonction publique

et des milieux d'affaires pour un meilleur contrôle des dépenses de santé, en réponse à une plus forte présence de la gauche au pouvoir.

Dans un deuxième temps, l'incidence négative du taux d'activité des femmes sur l'effort indique qu'une présence accrue des femmes sur le marché du travail occasionnerait, elle aussi, une baisse de l'effort. Cette relation peut laisser perplexe, d'autant plus que celle observée entre les deux mêmes variables par Lachapelle (1986:202) est positive et forte. Toutefois, la relation inusitée pourrait peut sans doute s'expliquer à l'aide d'une autre hypothèse, selon laquelle un plus grand taux d'activité des femmes est associée plus étroitement avec la croissance du PIB que celle des dépenses de santé, diminuant ainsi le ratio de l'effort.

Certains résultats de cette analyse de régressions multiples confirment ceux d'autres chercheurs s'étant intéressés au domaine provincial de la santé au Canada, d'autres les infirment. L'étude de Simeon et Miller (1980) a établi, elle aussi, que l'année d'élection n'a pas affecté le niveau de l'effort entre 1956 et 1974. Cependant, leurs résultats indiquent, contrairement à ceux de cette analyse, que les gouvernements les plus progressistes ont dépensé davantage en santé que les gouvernements plus conservateurs (pp.256-257).

De même, les cinq principaux déterminants pour la période 1950-1980, tels qu'identifiés par Lachapelle (1986), ressortent dans la présente analyse. Ce sont: le taux d'activité des femmes (relation positive toutefois), les paiements de transferts fédéraux, le niveau de développement économique (relation positive toutefois), et la présence de la gauche au pouvoir. Par contre, contrairement à l'étude de Lachapelle, celle-ci n'a pu démontrer que les gouvernements provinciaux ont eu davantage tendance à augmenter leurs dépenses au cours d'une année d'élections qu'au cours des autres années. La présente étude établit toutefois que le degré de compétitivité est déterminant, contrairement à celle de Lachapelle (pp.200-203).

En somme donc, le modèle d'analyse avancé se révèle assez attrayant. D'abord, il confirme l'existence d'un bon nombre de relations. Ensuite, il présente un coefficient de détermination (R^2) très élevé (.79439), ce qui révèle sa grande capacité explicative. De plus, les coefficients de signification (Sig T) de chacune des variables sont nuls ou très peu élevés, ce qui appuie la fiabilité statistique des résultats observés. Enfin, le modèle apparaît équilibré, avec des déterminants appartenant à chacune des catégories identifiées (économique, politique, sociologique et démographique).

Il faut noter cependant que le modèle proposé surestime sans aucun doute la contribution des variables

déterminantes. A partir d'une revue historique des systèmes provinciaux de santé, Weller (1980) a identifié pas moins de cinq catégories de déterminants de la politique canadienne de santé. Ce sont 1) les idéologies politiques, ainsi que les valeurs changeantes propres au domaine de la santé; 2) les institutions politiques, dont principalement le fédéralisme; 3) la variété des acteurs (dont les professions médicales et para-médicales et la nature de leur intervention; 4) les facteurs socio-économiques; et 5) l'évolution de la technologie et des procédés médicaux. Or, le présent modèle ne tient compte que de variables exogènes au système, et ignore tout à fait celles appartenant à trois de ces principales catégories.

2. Indice NET

Etant donné l'existence d'une corrélation négative entre les indices conventionnels et NET, on pouvait s'attendre à ce que leurs résultats soient très différents. Tel qu'anticipé, seulement trois des sept déterminants de l'indice conventionnel apparaissent aussi dans l'analyse de NET, au Tableau 3.8. Ce sont: le taux d'activité des femmes, les transferts du gouvernement fédéral en santé, et le degré de compétitivité entre les partis. De plus, le coefficient de l'équation des trois variables apparaît négatif, contrairement à celui de l'indice conventionnel.

D'après ces résultats, l'augmentation, par un point de pourcentage, du taux d'activité féminine causerait un

Tableau 3.8

Régressions multiples sur l'indice NET

Multiple R	.6615	Analysis of Variance	
P Square	.43766	DF	
Adjusted R Square	.42558	Regression	3
Standard Error	1.38351	Residual	152
		Sum of Squares	226.44993
		Mean Square	75.48331
			1.91489

F = 39.43555 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----					----- Variables not in the Equation -----						
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T	Variable	Beta In	Partial	Min Toler	T	Sig T
FEMMES	.19007	.01837	.76362	10.348	.0000	INVEST	.08886	.10219	.51399	1.262	.2088
TRANSFE	-5.21701E-03	1.37671E-03	-.28198	-3.789	.0002	CROISS	-.13247	-.13505	.48882	-1.675	.0960
COMPET	-2.09293	.91222	-.14097	-2.294	.0231	OUVERT	.07128	.09111	.63761	1.124	.2627
(Constant)	-.98814	1.12392		-.879	.3807	GAUCHE	-.09237	-.11694	.61346	-1.447	.1500
						ELEC	.01097	.01461	.66759	.180	.8577
						DEVELOP	.02565	.02020	.32794	.248	.8043
						DEFICIT	.07603	.08892	.54124	1.097	.2744

End Block Number 1 PIN = .050 Limits reached.

accroissement, par un facteur de .19007, de l'effort de santé, ce qui appuie l'hypothèse de départ, mais infirme la relation observée dans l'équation précédente. La relation entre les transferts et la compétitivité vis-à-vis l'indice est contraire à celle attendue, et contraire aussi à celle qui apparaît dans l'analyse conventionnelle ci-haut.

Il convient ici, non pas d'expliquer de façon obtuse ces deux relations inattendues, mais plutôt d'analyser certaines caractéristiques méthodologiques du modèle construit autour de l'indice NET. D'abord, le coefficient de signification (Sig T) est assez élevé, ce qui ébranle quelque peu, au départ, la fiabilité statistique des résultats observés. Ensuite, le coefficient de détermination du modèle (R carré) n'est que de .43768 (par rapport à .79439 pour l'analyse conventionnelle), ce qui conscrit énormément la capacité explicative de l'équation. Enfin, il peut être surprenant de constater que, de toutes les variables utilisées par le passé pour des études comparatives du genre de celle-ci, et retenues pour leur lien probable avec l'effort de santé des provinces, seulement trois apparaissent déterminantes; et ce d'autant plus qu'aucune variable économique n'ait d'incidence apparente sur le niveau de l'effort.

De toute évidence, l'équation du NET, établie à partir du modèle conventionnel, ne fonctionne que de façon bien partielle.

C'est que les variables choisies à partir des modèles existants ont été élaborées avant tout pour expliquer l'effort selon l'indice conventionnel. Le choix des variables indépendantes dans cette analyse est, en ce sens, biaisé par les choix passés d'autres chercheurs qui tentaient d'expliquer un phénomène différent de celui qui nous intéresse ici. Jusqu'ici en effet, les auteurs ont tenté d'expliquer une mesure bien particulière, peut-être trop étroite, de l'effort, et ils ont ainsi organisé et développé leurs variables indépendantes spécifiquement en fonction de cette mesure. Mais le fait que les deux indices ne sont corrélés que partiellement, en signe inverse, confirme qu'ils mesurent bien des aspects différents de l'effort.

Toutefois, si on accepte la nouvelle définition de l'effort étatique, telle que d'abord mise de l'avant par Gilbert et Moon, puis adaptée dans cette étude à l'environnement plus spécifique du domaine de santé, il devient tout simplement indispensable de procéder à une reconceptualisation, une par une, des variables explicatives potentielles. Il convient aussi de revoir la formulation, et même la pertinence, de certaines hypothèses dont on s'est servi jusqu'ici pour expliquer les variations de l'effort conventionnel. L'utilisation du NET suggère de plus, sans aucun doute, la formulation d'hypothèses nouvelles qui,

peut-être, permettront d'explorer d'autres avenues dans ce domaine de recherche.

Section quatre

CONCLUSIONS

Comme toute étude remettant en cause l'un des préceptes fondamentaux d'un paradigme donné, celle-ci aura soulevé davantage de questionnements qu'elle n'aura fourni de réponses définitives. L'examen des études empiriques existantes sur l'effort étatique aura permis de constater que les approches méthodologiques utilisées jusqu'ici pour analyser l'effort étatique et pour saisir ses déterminants sont encore loin de reposer sur des assises communes, ce qui indique qu'on soit toujours à la recherche des contours exacts du paradigme. Bien que les chercheurs aient réussi à perfectionner leurs modèles au cours des dernières années, ils se frottent encore, plus ou moins consciemment, aux incertitudes de la pré-expérimentation.

Ce qui apparaît évident à la lumière de deux ou trois décennies de recherches sur les déterminants de l'effort, c'est que l'indice conventionnel permet d'expliquer clairement bien peu de choses en réalité. C'est pourquoi il peut apparaître surprenant que ce ne soit qu'après deux ou trois décennies de pratique savante qu'on soit arrivé à un questionnement aussi vital que celui soulevé par Gilbert et Moon: peut-on avancer une définition de l'effort étatique qui soit plus heuristique que celle utilisée dans la pratique commune? Si oui, laquelle?

Cette étude aura effectué la première vérification empirique de ce qui représente sans doute la première définition scientifique de l'effort étatique.

Pour l'analyse comparative des provinces (ou des Etats) elle aura servi, sinon à établir une nouvelle façon incontestée de classer et de comparer le rang de l'effort gouvernemental, à ébranler du moins les fausses certitudes de la tradition établie. Or, ces fausses certitudes ont guidé, nous l'avons vu, et continuent toujours de guider les choix des dirigeants dans l'élaboration des politiques gouvernementales, tant au Canada que dans les autres pays. Dans le cas de la santé -- et il n'existe pas de raisons de croire que cela puisse représenter un cas isolé -- cette façon d'évaluer et de comparer l'effort gouvernemental aura déterminé jusqu'à l'orientation fondamentale des politiques, c'est-à-dire l'augmentation ou la réduction des budgets alloués aux programmes de santé, et ce sur plusieurs années.

Que l'on adhère ou non à la définition de l'effort telle que proposée par Gilbert et Moon, on saisira ici l'importance d'un débat sur la définition de l'effort gouvernemental. La pertinence d'un grand nombre d'études à venir comparant les politiques publiques, tant provinciales que nationales, serait ainsi grandement rehaussée.

Pour l'analyse des déterminants de l'effort, cette étude aura aussi servi à démontrer l'importance, pour la démarche scientifique, de la recherche d'une définition plus

exacte et plus heuristique de l'effort étatique. Sauf exception, les résultats des analyses visant à saisir ce qui, au juste, explique les variations de l'effort étatique, sont peu probants. Ou du moins ils semblent l'être par rapport à l'étude par laquelle ils sont identifiés, mais apparaissent insignifiants lorsque comparés à l'ensemble des études. Quoique cela puisse maintenant paraître évident, il y a lieu de mieux définir ce qu'on désire mesurer, et précisément, avant de fournir des explications significatives et valables pour les variations de l'effort.

L'indice NET est-il celui qu'il convient d'adopter pour remplacer les mesures traditionnelles? D'aucuns voudront sans doute le découper en petits morceaux. On peut déjà contester la pertinence de tenir compte des recettes fiscales dans sa mesure, étant donné la charge normative d'une telle décision. Après tout, pourrait-on se demander, n'est-ce pas le rôle même de l'Etat de percevoir les recettes fiscales nécessaires afin de fournir un niveau de soins de santé assurés adéquat? S'il s'agit ici d'évaluer la priorité qu'accordent les provinces (ou les pays) à un domaine particulier de l'Etat providence dans la distribution de leurs ressources, ou par rapport à leur capacité de payer, pourquoi alors ne pas tenir compte de tous leurs revenus plutôt que des recettes fiscales simplement?

En définitive, ce sont les épreuves et l'usage qui détermineront si l'indice NET possède les attributs essentiels pour établir une nouvelle tradition dans la façon de mesurer et comparer l'effort étatique. C'est elles aussi qui révéleront s'il y a lieu ses plus grandes qualités heuristiques.

Bibliographie

- Alber, J. (1988), «Is there a Crisis of the Welfare State? Cross-National Evidence from Europe, North America, and Japan», European Sociological Review, Vol. 4, No 3, pp. 181-207.
- Armstrong, Pat (1991), Health Care as Business: The Legacy of Free Trade, Canadian Centre for Policy Alternatives, 24 p.
- Ashford, D.E. (1986), «Structural Analysis and Institutional Change», Polity, Vol. 19, No 1, pp. 97-122.
- Beaud, Michel et Latouche, Daniel (1988), L'art de la thèse, Boréal, 169 p.
- Briggs, Asa (1961), "The Welfare State in Historical Perspective", Archives of European Sociology 2:2, pp. 221-258.
- Canadian Medical Association (1987), Health Care for the Elderly -- Today's Challenges, Tomorrow's Options, pp. 4-7.
- Culyer, Anthony J. (1988) Health Care Expenditures in Canada: Myth and Reality; Past and Future, Canadian Tax Paper No. 82, Canadian Tax Foundation, 110 p.
- Campbell, J.C. (1985), «Governmental Responses to Budget Scarcity», Policy Studies Journal, Vol. 15, No 3, pp. 471-546.
- Cameron, D.R. (1978), «The Expansion of the Public Economy: A Comparative Analysis», American Political Science Review, Vol. 4, pp. 1243-1261.
- Cameron, D.R. (1986), «The Growth of Government Spending: The Canadian Experience in Comparative Perspective», dans Banting, K. (éditeur) State and Society: Canada in Comparative Perspective, Vol. 31 (études de recherches préparées pour la Commission royale sur l'union économique et les perspectives économiques pour le Canada), Toronto, presses de l'Université de Toronto, pp. 21-51.
- Castles, F.G. (1982), «The Impact of Parties on Public Expenditure», dans Castles, F.G., (éditeur) The Impact of Parties: Politics and Policies in Democratic Capitalist States, London Sage, pp. 21-96.

- Chandler, William M. (1977), "Canadian Socialism and Policy Impact: Contagion from the Left", Canadian Journal of Political Science, Vol. 10, pp.755-780.
- Cuneo, Carl J. (1979), "State, Class and Reserve Labour: the Case of the 1941 Canadian Unemployment Insurance Act", Canadian Review of Sociology and Anthropology, 16:2, pp.147-170.
- Cuneo, Carl J. (Spring 1980), "State Mediation of Class Contradictions in Canadian Unemployment Insurance, 1930-35", Studies in Political Economy, No. 3, pp. 37-65.
- Esping-Andersen, G. (1985), «Power and Distributional Regimes», Politics and Society, Vol. 14, No 2, pp. 223-256.
- Finkel, Alvin (1979), Business and Social Reform in the Thirties (Toronto: James Lorimer and Company), 244 p.
- Gilbert, N. et Moon, A. (1988), «Analyzing Welfare Effort: An Appraisal of Comparative Methods», Journal of Policy Analysis and Management, Vo. 7, No 2, pp. 326-340.
- Gray, Charlotte (1991), "Medicare under the Knife -- Is Ottawa quietly destroying our most precious social programme", Saturday Night, September issue, pp. 10-13.
- Habermas, J. (1989), «The New Obscurity: the Crisis of the Welfare State and the Exhaustion of Utopian Energies», dans The New Conservatism -- Cultural Criticisms and the Historians' Debate (collection d'essais), pp. 48-70.
- Hage, J. et al. (1989) State Responsiveness and State Activism -- An Examination of the Social Forces and State Strategies that Explain the Rise in Social Expenditure in Britain, France, Italy, and Germany, 1870-1968.
- Hawkes, D.C. et Pollard, B.G. (1984), «The Medicare Debate in Canada: The Politics of Low Federalism», Publius, pp. 183-198.
- Hicks, A. et Swank, D.H. (198.), «On the Political Economy of Welfare Expansion -- A Comparative Analysis of 18 Advanced Capitalist Democracies, 1960-1971», Comparative Political Studies, Vol. 17, No 1, pp. 81-119.

- Kohl, J. (1981), «Trends and Problems in Postwar Public Expenditure Development in Western Europe and North America», dans Flora, P. et Heidenheimer, A.J. (éditeurs), The Development of Welfare States in Europe and America, pp. 307-344.
- Korpi, W. (1989), «Power, Politics, and State Autonomy in the Development of Social Citizenship: Social Rights During Sickness in 18 OECD Countries Since 1930», American Sociological Review, Vol. 54, pp. 309-28.
- Korpi, Walter (1980) «Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies. A Preliminary Comparative Framework», West European Politics, Vol. 3, pp. 296-316.
- Kudrle, R.T. et Marmor, T.R. (1981), «The Development of Welfare States in North America», dans Flora, P. et Heidenheimer, A.J. éditeurs, The Development of Welfare States in Europe and North America, pp. 81 124.
- Labourdette, André (1988), "Economie de la Santé", Presses universitaires de France, Paris, pp. 45-53.
- Lachapelle, G. (1986), The Search for Political Equilibrium: An Empirical Study of the Canadian Welfare State (1950-1980), thèse de doctorat non publiée.
- Lightman, Ernie et Irving, Allan (1991), "Restructuring Canada's Welfare State", Journal of Political Science, Vol. 20, No. 1, pp. 65-86.
- Lockhart, C. (1984), «Explaining Social Policy Differences among Advanced Industrial Societies», Comparative Politics, Vol. 16, No 3, pp. 335-350.
- Melling, J. (1991) «Industrial Capitalism and the Welfare of the State: the Role of Employers in the Comparative Development of Welfare States. A Review of Recent Research», Sociology, Vol. 25, No 2, pp. 219-239.
- Moon, B.E. et Dixon, W.J. (1985), «Politics, the State, and Basic Human Needs: A Cross-National Study», American Journal of Political Science, Vol. 29, No 4, pp. 661-694.
- Michas, Nicholas A. (1969), "Variations in the Level of Provincial-Municipal Expenditures in Canada: An Econometric Analysis", Public Finance, 24:4, pp. 597-613.

- Myles, John (1988), «Decline or Impasse? The Current State of the Welfare State», Studies in Political Economy, Vol. 26, pp. 73-107.
- Myrdal, Alva et Klein, Viola (1968), Women's Two Roles -- Home and Work (London: Coutledge and Kegan Paul).
- O'Connor, J.S. (1988), «Convergence or Divergence?: Change in Welfare Effort in OECD Countries 1960-1980», European Journal of Political Research, Vol. 16, pp. 277-299.
- O'Connor, J.S. (1990), «Definition and Measurement of Welfare Effort and its Correlates in Cross-National Analysis: a Reply to Pampel and Stryker», British Journal of Sociology, Vol. 41, No 1, kpp. 25-27.
- O'Connor, J.S. et Brym, R.J. (1988), «Public Welfare Expenditure in OECD Countries: Towards a Reconciliation of Inconsistent Findings», British Journal of Sociology, Vol. 39, No 1, pp. 47-68.
- Offe, Claus (1987), «Democracy Against the Welfare State?» Political Theory, Vol. 15, No 4, pp. 501-538.
- Pampel, F.C. et Williamson, J.B. (1988), «Welfare Spending in Advanced Industrial Democracies, 1950-1980», American Journal of Sociology, Vol. 93, No 6, pp. 1424-56.
- Pampel, F.C. et Stryker, R. (1990), «Age Structure, the State, and Social Welfare Spending: a Reanalysis», British Journal of Sociology, Vol. 41, No 1, pp. 17-24.
- Santé et Bien-être social Canada (juin 1992), Projet de réforme des services de santé de l'OCDE, Rapport public provisoire, 47 p.
- Schmidt, M.G. (1983), «The Welfare State and the Economy in Periods of Economic Crisis: A Comparative Study of 23 OECD Nations», European Journal of Political Research, Vol. 11, No 1, pp. 1-26.
- Simeon, R. et Miller, R. (1980), «Regional Variations in Public Policy», dans Small Worlds -- Provinces and Parties in Canadian Political Life, pp. 242-284.
- Smith, T.W. (1987), «The Polls -- A Report -- The Welfare State in Cross-National Perspective», Public Opinion Quarterly, Vol. 51, pp. 404-421.

- Swank, D.H. (1983), «Between Incrementalism and Revolution - Group Protest and the Growth of the Welfare State», American Behavioral Scientist, Vol. 26, No. 3, pp. 291-310.
- Tarschys, D. (1975), «The Growth of Public Expenditures: Nine Modes of Explanation», Scandinavian Political Studies, Vol. 10, pp. 9-31.
- Tuohy, C. (1989) «Federalism and Canadian Health Policy», dans Chandler, W.M. et Zollner, C.W. (éditeurs), Challenges to Federalism: Policy-Making in Canada and the Federal Republic of Germany, pp. 141-161.
- Uusitalo, Hannu (1984), «Comparative Research on the Determinants of the Welfare State: the State of the Art», European Journal of Political Research, Vol. 12, pp. 403-422.
- Vance, Joan (1991), Health Policy in Canada, Bibliothèque du Parlement, Ministère des Approvisionnements et Services 1992, 19 p.
- Weller, Geoffrey R. (Fall 1980), "The Determinants of Canadian Health Policy", Journal of Health Politics and Law Vol. 5, No. 3, pp. 405-418.
- Weller, Geoffrey R. et Manga, Prantal (1983), "The Development of Health Policy in Canada", dans Atkinson, Michael M. et Chandler, Marsha A. (éditeurs), The Politics of Canadian Public Policy, University of Toronto Press, pp. 223-246.
- Wilensky, H.L. (1981), «The Role of Political Parties in Recent State Development», dans Flora, P. et Heidenheimer, A.J. (éditeurs), The Development of Welfare States in Europe and America, pp. 345-382.
- Willenz, E. (1986), «Why Europe Needs the Welfare State», Foreign Policy, No 63, pp. 88-107.

Liste des annexesTableauVariables indépendantes

1	Taux de mortalité infantile, par province (pour 1000 habitants) (DEVELOP)
2	Revenu personnel disponible per capita, en \$ constants (1986=100) (RPD)
3	Investissements privés par rapport au PIB réel (1986=100) (INVEST)
4	Croissance du PIB réel (PIB1/PIB0), en % (CROISS)
5	Ouverture de l'économie (OUVERT)
6	Excédent (déficit) par rapport au PIB provincial (DEFICIT)
7	Service de la dette en pourcentage du PIB provincial (DETTE)
8	Transferts du gouvernement fédéral aux administrations provinciales, pour des fins de santé, en \$ constants (1986=100), per capita (TRANSF)
9	Sièges parlementaires occupés par des partis de gauche (GAUCHE)
10	Compétition entre les partis, selon l'indice de Milder (COMPET)
11	Années d'élections (ELECT)
12	Taux d'activité des femmes par province % (FEMMES)
13	Taux de dépendance: (0-4 + 65+) / 5-64 (BESOINS)

Liste des annexes (suite)

<u>Tableau</u>	<u>Variables dépendantes</u>
14	Dépenses annuelles réelles en santé, par province (millions \$), (1986=100)
15	PIB réel par province (en millions \$, 1986=100)
16	Besoins standardisés
17	Fardeau fiscal standardisé

Tableau 1 -- Taux de mortalité infantile, par province
(pour 1000 habitants)

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	22.9	21.9	18.6	16.7	18.4	15.3	17.5	20.2	17.9	18.7
1972	20.7	19.4	16.8	17.3	17.9	15.3	18.9	19.4	17.5	16.8
1973	19.3	15.9	15.5	15.1	16.4	14.1	16.4	17.6	14.2	16.7
1974	17.7	17.5	14.3	15.1	15.1	13.4	15.7	20.7	15.2	16.1
1975	15.7	19.2	16.2	15.5	14.1	12.8	15.0	17.8	14.9	14.4
1976	14.6	14.4	13.8	13.2	13.5	12.3	15.6	14.3	14.2	13.7
1977	10.3	18.8	11.6	13.4	12.4	11.3	16.6	15.0	11.1	13.5
1978	12.2	7.6	11.9	11.8	11.9	11.3	13.7	14.3	11.4	12.7
1979	10.7	10.9	11.9	11.4	10.5	10.3	13.0	11.4	11.4	11.3
1980	10.6	11.2	10.9	10.9	9.8	9.5	11.5	11.3	12.6	11.0
1981	9.7	13.2	11.5	10.9	8.5	8.8	11.9	11.8	10.6	10.2
1982	10.8	7.8	8.6	10.5	8.8	8.3	9.1	10.5	9.8	9.9
1983	10.6	8.4	9.4	10.6	7.7	8.0	10.4	10.1	8.4	8.8
1984	9.2	8.2	7.8	7.8	7.3	7.6	8.6	9.4	9.6	8.6
1985	11.8	4.0	7.9	9.6	7.3	7.3	9.9	11.0	8.0	8.1
1986	8.0	6.7	8.4	8.3	7.1	7.2	9.2	9.0	9.0	8.5
1987	7.6	6.6	7.4	7.0	7.1	6.6	8.4	9.1	7.5	8.6
1988	9.3	7.1	5.5	7.2	6.5	6.6	7.8	8.4	8.3	8.4
1989	8.2	6.2	5.8	7.1	6.5	6.8	6.6	8.0	7.5	8.2
1990	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Source: Statistique Canada, Rapports sur la santé, Catalogue 84-204, 1991 Vol. 3, No1, Supplement no 15.

Tableau 2 -- Revenu personnel disponible* per capita, en \$ constants (1986=100)

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NR</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	611.61	594.55	699.05	670.07	827.32	1 042.25	842.53	752.90	877.30	963.75
1972	720.31	732.66	840.67	800.43	986.95	1 224.91	985.96	862.41	1 037.29	1 153.07
1973	901.34	978.95	1 045.58	996.94	1 209.95	1 508.36	1 285.40	1 236.22	1 313.22	1 454.13
1974	1 198.11	1 284.97	1 352.62	1 292.97	1 566.10	1 922.70	1 623.72	1 675.47	1 714.70	1 864.42
1975	1 570.46	1 540.02	1 718.92	1 665.81	2 018.29	2 436.46	2 097.49	2 272.35	2 246.16	2 381.48
1976	1 858.44	1 965.10	2 042.51	2 010.26	2 478.31	2 916.50	2 429.64	2 578.91	2 657.73	2 872.42
1977	2 269.92	2 279.04	2 459.13	2 353.16	2 903.05	3 428.39	2 890.06	2 765.01	3 147.95	3 444.29
1978	2 696.94	2 896.64	3 036.29	2 859.58	3 520.63	4 128.45	3 579.33	3 467.16	3 952.83	4 174.41
1979	3 325.50	3 445.00	3 672.46	3 433.07	4 264.87	5 007.05	4 287.21	4 216.07	5 008.25	5 123.30
1980	3 975.45	4 126.12	4 375.83	4 174.63	5 287.42	6 108.36	5 146.38	5 090.78	6 350.50	6 438.45
1981	5 055.06	5 528.45	5 609.49	5 331.84	6 711.41	7 873.98	7 040.88	7 273.98	8 347.76	8 293.94
1982	6 303.37	6 653.60	7 086.17	6 699.84	8 133.88	9 603.11	8 575.75	8 670.70	10 002.77	9 882.95
1983	7 150.94	7 490.66	7 956.74	7 588.95	8 998.98	10 747.45	9 395.08	9 010.13	10 655.04	10 581.13
1984	7 858.20	8 545.71	9 042.24	8 665.68	10 177.38	12 284.57	10 868.89	9 939.12	11 639.99	11 565.17
1985	8 894.49	9 097.14	10 451.99	9 647.33	11 211.35	13 329.29	11 788.87	11 059.42	13 461.26	12 663.53
1986	9 764.21	10 552.92	11 396.01	10 668.64	12 093.21	14 626.58	12 638.16	12 485.65	14 340.45	13 617.17
87	11 096.06	11 276.51	12 570.81	11 764.97	13 435.84	16 412.94	13 936.77	12 898.41	15 049.02	14 953.65
1988	12 675.73	13 048.90	13 896.71	13 180.08	14 929.39	18 592.39	15 338.84	14 033.88	17 274.98	16 615.05
1989	14 260.48	14 480.37	15 683.82	14 984.54	16 874.15	21 112.16	17 175.03	15 945.51	19 010.50	19 168.66
1990	15 517.91	15 746.85	17 140.54	16 315.58	18 583.67	22 919.55	18 612.49	17 117.37	20 562.45	20 952.06

Source: Calculs effectués à partir des données de Statistique Canada, Disque optique Cansim

*Revenu personnel moins les taxes personnelles directes et les autres transferts des personnes aux gouvernements.

Tableau 3 -- Investissements privés* par rapport au PIB réel (1986=100)

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	1 66	0.73	0.75	0.80	0.50	0.59	0 55	0 64	0.89	0.93
1972	1 17	0.77	0.61	0.72	0.53	0.59	0 59	0.67	0.88	0.80
1973	1 18	1.11	0.66	0.70	0.54	0.59	0.58	0 77	0.92	0.79
1974	0 98	0 80	0.54	0.77	0.56	0.56	0 53	0.67	0.84	0.67
1975	0 73	0.52	0 45	0.67	0.46	0.44	0 41	0 56	0 65	0 51
1976	0 66	0 51	0 44	0.57	0.42	0.41	0 42	0 54	0 75	0.52
1977	0 50	0 43	0 34	0.40	0.34	0.36	0.36	0.45	0.67	0.43
1978	0 42	0 45	0.33	0.40	0.30	0.33	0 38	0 45	0.67	0.41
1979	0 53	0 45	0 32	0.44	0.28	0.32	0.35	0.49	0 68	0.42
1980	0 42	0.34	0.31	0.30	0.26	0.30	0.29	0 43	0.59	0.42
1981	0 42	0.26	0.33	0.35	0.23	0.28	0.27	0.38	0.55	0.40
1982	0 32	0 20	0.29	0.29	0.17	0.20	0.18	0.25	0.40	0.25
1983	0 29	0.21	0.27	0.25	0 16	0.19	0.17	0.24	0 27	0.21
1984	0 28	0.19	0.23	0.21	0 17	0.18	0.17	0.23	0.22	0.18
1985	0 30	0 21	0.24	0.24	0 19	0.20	0 18	0.23	0.24	0.19
1986	0 29	0 24	0.21	0 21	0 20	0 22	0.19	0.20	0.19	0.18
1987	0 27	0 22	0 20	0.21	0.21	0 23	0.18	0 24	0 22	0.20
1988	0 24	0 22	0.20	0.22	0 20	0.22	0.17	0.24	0.24	0.21
1989	0 23	0.20	0 19	0 22	0.18	0 21	0 15	0 20	0.23	0.22
1990	0 20	0 19	0.17	0.17	0.17	0 17	0 13	0 20	0 22	0.21

Source: Statistique Canada, Investissements privés et publics au Canada, 1990, catalogue 61-205 (annuel).

*Dépenses privées totales en immobilisations et réparations, données réelles en \$ courants de 1956.

Tableau 4 -- Croissance du PIB réel (PIB1/PIB0), en %

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	1.1211	1.1022	1.1108	1.1309	1.1157	1.1294	1.1033	1.1718	1.1340	1.1480
1972	1.1070	1.1752	1.2105	1.2043	1.1842	1.1899	1.1641	1.0906	1.2026	1.2123
1973	1.2804	1.4017	1.2443	1.2702	1.2379	1.2566	1.2962	1.3805	1.3809	1.3488
1974	1.3810	1.3176	1.2798	1.3380	1.3438	1.3358	1.3560	1.5372	1.6019	1.3557
1975	1.2598	1.1945	1.2237	1.2056	1.2378	1.2157	1.2408	1.2504	1.2976	1.2278
1976	1.2923	1.3473	1.2629	1.2765	1.2672	1.2477	1.2366	1.2377	1.2470	1.2834
1977	1.2023	1.1196	1.1547	1.1521	1.1624	1.1498	1.1216	1.0985	1.2165	1.1846
1978	1.1400	1.2009	1.2009	1.1930	1.1801	1.1571	1.1756	1.2073	1.2573	1.1876
1979	1.3334	1.2677	1.2035	1.3284	1.2290	1.2422	1.2327	1.2436	1.3473	1.2772
1980	1.1593	1.1905	1.1422	1.0309	1.2301	1.2187	1.1992	1.3102	1.3451	1.2678
1981	1.2565	1.3217	1.2937	1.3145	1.2508	1.2705	1.3036	1.2815	1.2825	1.2952
1982	1.1839	1.1318	1.2518	1.1913	1.1494	1.1317	1.1570	1.1184	1.1510	1.1211
1983	1.1385	1.1640	1.1949	1.2055	1.1237	1.1620	1.1173	1.0838	1.0995	1.0964
1984	1.1183	1.1483	1.1462	1.1528	1.1289	1.1642	1.1427	1.1096	1.0976	1.0950
1985	1.0989	1.0445	1.1445	1.1037	1.0969	1.0984	1.0971	1.0918	1.1379	1.0941
1986	1.0901	1.1616	1.1176	1.1454	1.1141	1.1303	1.0676	1.0065	0.8977	1.0769
1987	1.1401	1.1092	1.1222	1.1309	1.1548	1.1558	1.1107	1.0498	1.0890	1.1479
1988	1.1225	1.1758	1.1176	1.1322	1.1514	1.1767	1.1549	1.1044	1.0864	1.1548
1989	1.1128	1.1156	1.1262	1.1258	1.1164	1.1392	1.1419	1.1335	1.1254	1.1538
1990	1.0695	1.0860	1.0872	1.0737	1.0663	1.0592	1.0517	1.0760	1.1038	1.0937

Source: Calculs effectués d'après les données de Statistique Canada, L'observateur économique canadien, Supplément historique 1961-1990, catalogue 11-210

Tableau 5 -- Ouverture de l'économie*
(Importations + Exportations) / PIB

	<u>IN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
1972	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
1973	25.1	7.0	37.8	43.4	36.4	49.2	23.4	15.9	25.1	49.7
1974	50.1	7.2	56.2	64.3	46.1	54.8	27.9	22.3	38.1	57.6
1975	43.2	6.9	58.8	70.1	45.3	54.5	28.1	18.5	36.9	48.5
1976	22.6	9.0	47.5	55.7	38.7	51.4	25.3	18.8	30.5	47.7
1977	23.3	6.9	50.2	60.4	38.2	36.2	25.5	20.3	28.1	50.6
1978	23.9	8.1	54.7	65.8	40.8	65.7	26.9	19.9	26.7	55.3
1979	27.0	10.5	60.0	85.6	47.2	71.3	34.0	25.5	29.8	62.8
1980	32.2	11.7	68.0	116.0	51.3	68.8	33.8	26.9	31.3	60.0
1981	28.4	9.4	61.2	96.8	48.0	64.9	30.9	23.3	29.4	53.2
1982	25.1	12.2	42.3	49.9	37.9	58.6	25.5	20.8	25.3	43.8
1983	18.6	11.5	33.9	42.7	35.9	57.9	23.2	20.8	23.3	42.5
1984	17.3	13.1	37.8	46.4	39.0	68.1	27.3	23.9	25.0	48.3
1985	18.3	10.2	34.9	44.7	34.6	68.8	31.8	38.6	28.1	43.5
1986	18.3	10.9	33.9	42.5	32.4	65.3	28.9	31.6	23.8	41.9
1987	24.6	10.8	32.0	42.8	29.2	56.6	28.2	34.6	24.0	40.9
1988	31.2	8.5	29.2	37.5	29.0	52.6	23.5	36.2	25.4	39.7
1989	27.6	8.8	27.6	37.7	27.3	47.0	22.0	27.1	23.1	36.4
1990	30.9	9.2	27.3	38.8	27.6	44.7	22.4	28.7	23.5	32.5
1973-1990	27.1	9.6	44.1	57.8	38.1	57.6	27.1	25.2	27.6	47.5

Sources: Statistique Canada, Sommaire du commerce extérieur (annuel), catalogue 65-001; Statistique Canada, L'Observateur économique canadien, Supplément historique, catalogue 13-210

*Calculée selon la formule de Cameron (1978), en \$ constants (1986=100), et en fonction des trois indices appropriés

Tableau 6 -- Excédent (déficit) par rapport au PIB provincial*

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
71/72	(8.87)	(0.39)	(0.47)	(0.61)	(1.50)	(1.91)	(0.11)	0.66	(1.87)	1.40
72/73	(4.86)	0.77	(0.35)	(1.24)	(1.34)	(1.35)	0.77	0.95	(0.51)	1.07
73/74	(4.14)	0.22	(0.20)	0.11	(1.04)	(1.13)	0.13	2.16	1.53	1.63
74/75	(5.49)	(1.32)	(0.24)	(1.75)	(0.23)	(1.67)	(0.58)	3.20	5.22	0.10
75/76	(8.68)	(2.49)	(1.47)	(2.50)	(1.86)	(2.67)	(1.15)	1.82	3.49	(2.36)
76/77	(6.02)	(0.32)	(0.63)	(2.36)	(1.68)	(1.59)	(0.74)	0.67	4.14	0.70
77/78	(2.45)	(4.00)	(2.21)	(2.43)	(1.17)	(2.02)	(3.13)	0.05	7.69	0.91
78/79	(7.67)	(1.95)	(2.89)	(0.81)	(1.60)	(1.60)	(0.69)	1.44	9.19	0.71
79/80	(4.26)	(2.14)	(1.10)	0.75	(1.83)	(0.96)	(0.21)	0.85	4.66	1.78
80/81	(3.87)	(2.79)	(2.28)	(1.64)	(3.18)	(1.06)	(1.00)	1.65	6.43	(0.05)
81/82	(1.48)	(0.15)	(5.71)	(2.37)	(2.53)	(1.21)	(1.88)	0.81	4.68	0.09
82/83	(4.25)	(3.00)	(4.69)	(5.85)	(2.99)	(2.12)	(2.98)	(1.97)	0.18	(2.32)
83/84	(5.20)	(0.11)	(3.58)	(3.24)	(2.99)	(1.96)	(3.52)	(1.50)	1.05	(1.93)
84/85	(3.18)	(1.08)	(4.01)	(2.83)	(3.47)	(1.31)	(2.57)	(3.10)	2.87	(1.64)
85/86	(3.02)	(1.12)	(3.49)	(1.36)	(3.18)	(2.26)	(1.18)	(5.26)	0.38	(1.17)
86/87	(3.07)	(0.47)	(2.33)	(2.26)	(2.68)	(0.98)	(3.54)	(6.51)	(6.76)	(1.03)
87/88	(2.53)	(1.25)	(1.69)	(2.34)	(1.47)	(0.78)	(0.79)	(3.12)	(1.69)	0.28
88/89	(1.03)	(0.28)	(2.27)	(0.76)	(1.33)	(0.22)	(0.09)	(3.45)	(3.06)	0.87
89/90cr	(0.53)	0.22	(2.08)	(0.34)	(1.11)	0.38	(0.39)	(0.88)	(2.89)	0.87
90/91cr	(1.91)	(1.07)	(1.71)	(1.37)	(1.63)	(0.71)	(1.20)	(0.63)	(1.49)	(0.52)

Source: Statistique Canada, Finances publiques - données historiques 1965-66/1991-92, Catalogue 58-512.

Année se terminant le 31 mars.

*Il s'agit du montant du déficit divisé par le PIB, le tout multiplié par 100.

Tableau 7 --- Service de la dette en pourcentage du PIB provincial

	<u>TN</u>	<u>IFE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
71/72	39 0	31 5	27 3	18.3	9.3	8 9	11.4	11.9	10.4	3.1
72/73	41 1	30 0	26 4	20 4	10.5	9 8	12 4	12 2	9.3	3.0
73/74	43 2	25.7	24 8	18 3	10.8	11 2	10.8	10 5	8 8	2.8
74/75	43 9	27 5	23 3	18 6	10 0	11 3	13.1	8 4	7.3	2.7
75/76	48 8	33 1	28.9	22.6	19.3	20.5	16 7	11.8	8 3	6.4
76/77	48 0	24.7	26.7	22 5	22.3	18 0	19.1	12 8	8 1	8.4
77/78	53 9	26 3	26 9	26 4	24.6	19 1	21.1	19.6	8.4	9.0
78/79	63 4	28 1	30 1	29 9	27.1	20.7	26.1	20 6	8.2	10.7
79/80	59.4	31 0	30.5	28 2	26 1	20 8	30.8	23 2	8 2	10.4
80/81	69 7	36 8	36.9	33.3	30.8	21 5	30.5	21.4	7.2	8.8
81/82	59 2	39 6	40.0	35.7	34.3	21.0	32.4	25.0	8 0	8.5
82/83	62 5	45 0	48.2	42.0	39 2	24 0	38 8	34 9	11.2	11.6
83/84	64 9	43 1	48 6	43 8	35.4	25.1	46 7	42 0	8.1	15 5
84/85	68 2	43 1	49 6	46.6	42 9	26 0	44.5	44.5	9.3	20.3
85/86	73 0	44.3	49 2	48 2	44.2	26 3	50.0	51 1	10 0	22.9
86/87	75 2	42.5	47.5	43.9	43.7	24.3	56.8	65.1	13 6	23 1
87/88	74 0	42 5	46 7	43.2	42.1	22 8	67.2	73 3	18 1	23 0
88/89	67 8	43 0	43.6	42.4	39 4	22 3	56 7	66 3	17.4	25.8
89/90cr	72 1	43 4	39 9	39.9	37.2	20 7	58.1	59 4	23 5	25.9
90/91cr	59 6	43 6	42 3	40 3	38.3	20 5	60.3	67.0	23 5	24.7

Source : Statistique Canada, Finances publiques - données historiques 1965-66/1991-92, Catalogue 58-512.

Année se terminant le 31 mars

Tableau 8 -- Transferts du gouvernement fédéral aux administrations provinciales,
pour des fins de santé, en \$ constants (1986=100), per capita

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
71/72	28.68	25.18	28.12	27.51	9.62	29.04	29.97	30.07	32.80	24.65
72/73	34.90	29.19	32.47	34.49	10.99	35.25	32.96	33.61	33.95	29.87
73/74	44.52	37.96	39.23	39.87	12.55	39.00	41.84	39.29	41.70	34.95
74/75	54.36	45.53	51.34	53.26	18.80	52.69	52.08	50.97	53.07	50.75
75/76	68.76	61.24	66.43	71.34	20.86	69.21	78.00	64.71	72.80	65.11
76/77	84.78	77.64	81.33	94.23	21.10	90.59	93.30	89.85	89.52	85.42
77/78	72.34	64.16	2.68	75.09	67.21	71.61	101.47	77.89	74.89	63.23
78/79	102.77	91.22	97.35	97.57	79.88	93.78	98.13	94.57	89.43	84.46
79/80	126.79	122.14	122.69	123.63	88.48	115.15	123.82	123.15	97.99	111.46
80/81	146.17	149.17	147.38	141.64	95.71	130.97	144.81	142.93	111.69	124.54
81/82	169.10	165.14	167.65	165.23	111.47	156.77	163.97	165.84	139.52	137.49
82/83	158.19	162.95	164.61	161.31	112.31	158.91	166.87	174.98	145.79	149.18
83/84	237.58	234.39	234.45	234.45	179.22	219.42	223.43	250.55	170.23	220.99
84/85	271.50	268.61	269.55	265.79	209.60	245.24	278.56	290.32	229.97	257.43
85/86	285.80	283.36	282.72	280.21	210.56	250.23	282.48	314.16	240.03	269.61
86/87	294.06	290.93	291.30	300.74	211.02	264.47	290.07	297.02	261.84	314.64
87/88c	304.36	308.14	306.57	304.37	205.01	266.53	306.23	307.86	301.64	315.61
88/89	321.87	325.25	326.40	325.09	213.16	275.55	327.65	319.20	361.02	344.90
89/90c	337.62	340.06	336.37	337.23	224.41	282.87	336.59	352.88	357.23	353.99
90/91c	332.89	338.42	330.15	333.17	205.88	272.99	335.88	338.36	334.96	344.44

Source: Données de 1971/72 à 1978/79: Statistique Canada, Les finances publiques provinciales - recettes et dépenses, catalogue 68-207; données de 1979/80 à 90/91 non publiées, transmises directement par Statistique Canada, Division des Institutions publiques (contact: M. Graham Murr (613) 951-1781)

Calculs: (Transferts en santé * Indice implicite du PIB/100 de 1986) / nb d'habitants

Tableau 9 -- Sièges parlementaires occupés par des partis de gauche
(NPD, PQ avant 1982, et Cap Breton Travilliste)

	<u>TN</u>	<u>PE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	0.0	0.0	4.3	0.0	6.5	17.9	49.1	42.4	0.0	21.8
1972	0.0	0.0	4.3	0.0	6.5	16.2	54.4	75.0	1.3	21.8
1973	0.0	0.0	4.3	0.0	6.5	16.2	52.6	75.0	1.3	69.1
1974	0.0	0.0	4.3	0.0	5.5	16.2	54.4	73.3	1.3	69.1
1975	0.0	0.0	6.5	0.0	5.5	16.2	54.4	73.3	1.3	69.1
1976	0.0	0.0	6.5	0.0	5.5	30.4	54.4	73.3	1.3	32.7
1977	0.0	0.0	6.5	0.0	64.5	30.4	54.4	63.9	1.3	32.7
1978	0.0	0.0	6.5	0.0	64.5	26.4	40.4	63.9	1.3	32.7
1979	0.0	0.0	7.7	0.0	64.5	26.4	40.4	72.1	1.3	32.7
1980	0.0	0.0	7.7	0.0	63.6	26.4	40.4	72.1	1.3	45.6
1981	0.0	0.0	7.7	0.0	60.9	26.4	38.5	72.1	1.3	45.6
1982	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	26.4	35.1	72.1	1.3	45.6
1983	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	26.4	57.9	12.5	1.3	45.6
1984	0.0	0.0	3.8	1.7	0.0	17.6	57.9	12.5	1.3	38.6
1985	0.0	0.0	7.7	1.7	0.0	17.6	52.6	12.5	2.5	38.6
1986	0.0	0.0	7.7	1.7	0.0	17.6	52.6	14.1	2.5	36.8
1987	0.0	0.0	7.7	1.7	0.0	17.6	52.6	14.1	20.3	31.9
1988	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	14.6	52.6	39.0	20.3	31.9
1989	0.0	0.0	5.8	0.0	0.0	14.6	21.1	40.6	20.3	31.9
1990	0.0	0.0	5.8	0.0	0.0	14.6	21.1	40.6	19.2	31.9

Source : Calculs effectués à partir de Pierre G. Normandin, *Le Guide parlementaire canadien*, Ottawa (annuel)

* Au 1er janvier de chaque année. Tient compte des élections partielles

Ces données correspondent simplement au pourcentage de sièges détenus par l'un ou l'autre des partis de gauche (tels que définis), par rapport au nombre de sièges disponibles dans chacune des assemblées législatives provinciales.

Tableau 10 -- Compétitivité entre les partis, selon l'indice de Mulder

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	0.826531	0.763672	0.998110	0.994649	0.743484	0.902549	0.872576	0.988611	0.760355	0.800110
1972	0.999433	0.784180	0.995274	0.990488	0.694102	0.830448	0.893506	0.875000	0.948711	0.812782
1973	0.822562	0.841797	0.991966	0.994055	0.453789	0.841552	0.899661	0.875000	0.948711	0.790413
1974	0.849773	0.858398	0.986295	0.990488	0.817438	0.841552	0.899661	0.883056	0.944089	0.790413
1975	0.879085	0.804688	0.912571	0.990488	0.832645	0.847104	0.885195	0.874444	0.944089	0.873554
1976	0.949827	0.839844	0.806868	0.990488	0.582645	0.878293	0.875654	0.916017	0.624089	0.951570
1977	0.983660	0.763672	0.806868	0.990488	0.838733	0.990720	0.988766	0.850936	0.993600	0.951570
1978	0.983660	0.875000	0.803245	0.990488	0.838733	0.973312	0.980764	0.846815	0.993600	0.951570
1979	0.980769	0.998047	0.865138	0.999405	0.838733	0.973312	0.984457	0.735376	0.993600	0.951570
1980	0.952663	0.951172	0.960799	0.999405	0.911901	0.973312	0.984457	0.701021	0.995994	0.996153
1981	0.952663	0.940430	0.992604	0.868609	0.932231	0.975339	0.980763	0.701021	0.995994	0.996153
1982	0.952663	0.929688	0.931583	0.998514	0.948871	0.950784	0.973992	0.701021	0.994242	0.996153
1983	0.760355	0.951172	0.892751	0.934304	0.953977	0.950784	0.984457	0.609375	0.997436	0.996153
1984	0.760355	0.951172	0.874260	0.934304	0.953977	0.907605	0.984457	0.609375	0.997436	0.974992
1985	0.732249	0.951172	0.757396	0.934304	0.975208	0.919061	0.984457	0.609375	0.548069	0.973992
1986	0.918269	0.992188	0.757396	0.951249	0.805966	0.972821	0.997384	0.620850	0.548069	0.969683
1987	0.925296	0.951172	0.768861	0.951249	0.805966	0.972821	0.997384	0.718037	0.694803	0.934363
1988	0.923077	0.929688	0.768861	0.500000	0.805966	0.762801	0.847953	0.718037	0.707843	0.939403
1989	0.923077	0.929688	0.989275	0.500000	0.805966	0.772032	0.968606	0.741211	0.726617	0.948225
1990	0.968565	0.617188	0.985207	0.000000	0.866635	0.777968	0.968606	0.741211	0.726617	0.948225

Pour être pris en compte, les partis doivent avoir occupé au moins 6% des sièges sur cinq ans, pour le total de l'année en cours et des deux années qui la suivent et la précède

Source: Calculs effectués à partir de Pierre G. Normandin, Le Guide parlementaire canadien, Ottawa (annuel)

Tableau 11 Années d'élections*

<u>Année</u>	<u>IN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
1972	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1973	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
1974	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
1975	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
1976	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
1977	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
1978	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
1979	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
1980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1981	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0
1982	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
1983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1984	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
1985	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
1986	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0
1987	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
1988	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
1989	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0
1990	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0

Source Pierre G. Normandin (annuel), *Le Guide parlementaire canadien*
(Ottawa, Pierre G. Normandin)

*1 - avec élections, 0 - sans élections

Tableau 12 -- Taux d'activité des femmes par province (%)

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	ND	ND	ND	ND	36.4	42.90	ND	ND	ND	39.10
1972	ND	ND	ND	ND	36.5	43.90	ND	ND	ND	40.40
1973	ND	ND	ND	ND	38.6	45.30	ND	ND	ND	41.10
1974	ND	ND	ND	ND	39.0	46.90	ND	ND	ND	42.60
1975	31.2	41.4	39.1	38.0	40.1	48.6	43.4	40.3	49.6	45.2
1976	31.8	41.6	39.3	38.0	41.1	49.0	45.6	43.0	50.7	45.8
1977	34.1	42.8	40.1	38.5	42.2	49.8	46.7	44.1	51.4	46.1
1978	35.5	44.3	41.9	40.6	44.1	51.4	48.6	45.2	53.2	48.7
1979	35.9	45.9	42.0	40.8	44.6	53.2	49.4	46.6	54.8	49.0
1980	37.6	46.4	43.9	42.6	46.2	54.3	51.1	47.0	57.1	50.1
1981	38.2	46.9	45.1	43.7	47.3	55.5	52.2	48.6	59.0	52.3
1982	39.3	45.9	45.1	42.8	46.3	55.9	53.6	49.9	58.7	52.4
1983	39.0	49.5	46.0	44.1	47.6	56.5	54.7	52.3	59.6	52.5
1984	41.1	50.7	48.5	44.3	49.0	57.4	54.8	52.6	61.1	53.1
1985	42.1	51.7	48.0	46.5	50.2	58.1	55.8	54.9	61.4	51.0
1986	42.9	52.9	49.2	47.5	50.9	58.6	56.5	56.2	62.5	54.9
1987	43.3	53.9	50.6	48.7	52.4	59.7	57.5	56.1	62.8	55.6
1988	45.3	55.5	51.0	50.3	53.1	61.0	58.0	56.8	63.9	56.5
1989	47.4	57.3	52.1	51.4	53.4	61.2	58.6	56.9	63.8	58.0
1990	48.2	59.0	53.8	51.8	54.6	61.4	59.4	57.8	63.8	58.1

Source: Statistique Canada, Statistiques chronologiques sur la population active, Catalogue 71-201

Tableau 13 -- Taux de dépendance: (0-4 + 65+) / 5-64

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>	<u>Moyennes</u>
1971	0.2190	0.2497	0.2199	0.2155	0.1740	0.1996	0.2242	0.2313	0.1991	0.2109	0.2143
1972	0.2153	0.2472	0.2182	0.2146	0.1711	0.1984	0.2252	0.2323	0.1964	0.2092	0.2128
1973	0.2140	0.2473	0.2171	0.2152	0.1701	0.1982	0.2264	0.2348	0.1945	0.2085	0.2126
1974	0.2117	0.2451	0.2168	0.2155	0.1700	0.1973	0.2264	0.2360	0.1921	0.2062	0.2117
1975	0.2081	0.2415	0.2161	0.2155	0.1711	0.1961	0.2270	0.2366	0.1897	0.2042	0.2106
1976	0.2035	0.2390	0.2146	0.2140	0.1740	0.1946	0.2269	0.2376	0.1880	0.2025	0.2095
1977	0.2013	0.2412	0.2142	0.2142	0.1775	0.1959	0.2291	0.2408	0.1871	0.2049	0.2106
1978	0.2001	0.2423	0.2150	0.2142	0.1817	0.1974	0.2312	0.2441	0.1867	0.2073	0.2120
1979	0.1995	0.2449	0.2172	0.2151	0.1866	0.2001	0.2347	0.2495	0.1875	0.2116	0.2147
1980	0.1983	0.2467	0.2192	0.2153	0.1900	0.2020	0.2380	0.2533	0.1871	0.2150	0.2165
1981	0.1957	0.2497	0.2204	0.2160	0.1932	0.2039	0.2400	0.2564	0.1863	0.2170	0.2178
1982	0.1962	0.2526	0.2230	0.2169	0.1956	0.2063	0.2426	0.2603	0.1870	0.2209	0.2201
1983	0.1949	0.2523	0.2252	0.2175	0.1969	0.2084	0.2442	0.2627	0.1913	0.2249	0.2218
1984	0.1950	0.2523	0.2264	0.2188	0.1979	0.2104	0.2463	0.2650	0.1960	0.2283	0.2236
1985	0.1959	0.2525	0.2287	0.2204	0.1981	0.2139	0.2490	0.2673	0.1998	0.2335	0.2259
1986	0.1962	0.2545	0.2311	0.2219	0.1986	0.2172	0.2510	0.2697	0.2013	0.2379	0.2279
1987	0.1963	0.2544	0.2343	0.2243	0.2004	0.2211	0.2547	0.2726	0.2054	0.2426	0.2306
1988	0.1953	0.2546	0.2357	0.2257	0.2026	0.2237	0.2581	0.2745	0.2075	0.2451	0.2323
1989	0.1938	0.2551	0.2372	0.2268	0.2059	0.2273	0.2625	0.2785	0.2092	0.2474	0.2344
1990	0.1931	0.2553	0.2389	0.2285	0.2104	0.2308	0.2654	0.2817	0.2108	0.2490	0.2364

Source: Calculs effectués à partir des données de Statistique Canada, Disque optique Cansim.

Tableau 14 -- Dépenses annuelles réelles en santé*,
par province (millions \$ 1986=100)

	<u>TN</u>	<u>PE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
71/72	28.3	6.4	48.8	36.8	439.2	609.6	68.8	59.0	123.8	141.2
72/73	36.7	7.4	57.1	45.4	532.0	727.9	76.4	65.4	138.6	170.4
73/74	50.4	9.1	71.0	60.2	636.6	856.4	96.6	80.6	174.4	218.6
74/75	71.5	12.6	101.8	75.6	873.1	1 194.0	137.1	102.4	243.5	326.9
75/76	92.5	17.0	136.0	99.7	1 178.2	1 540.7	179.4	139.9	356.3	467.8
76/77	104.5	20.6	161.8	123.7	1 461.2	1 833.1	229.8	185.2	499.0	556.5
77/78	115.9	28.1	219.3	144.7	1 599.8	2 108.9	335.6	255.2	514.5	646.9
78/79	138.8	29.5	221.8	168.5	1 931.9	2 441.4	304.9	253.9	630.8	819.3
79/80	166.9	34.7	269.2	204.9	2 404.5	2 866.4	360.6	314.5	822.6	1 037.5
80/81	218.8	45.7	345.1	276.4	2 997.5	3 642.3	471.1	415.4	1 168.6	1 454.9
81/82	287.1	58.1	479.7	371.7	3 773.1	4 812.3	633.2	557.4	1 630.2	1 975.2
82/83	368.0	74.6	590.4	484.4	4 484.7	6 091.7	806.0	776.0	2 299.7	2 411.1
83/84	426.0	88.3	677.7	532.7	5 060.0	7 180.3	934.4	883.3	2 656.9	2 692.0
84/85	440.2	95.4	765.0	573.9	5 537.8	8 163.5	1 046.2	957.4	2 732.6	2 855.2
85/86	481.9	102.3	851.2	631.1	6 071.8	9 384.8	1 112.8	1 048.2	3 030.6	3 054.9
86/87	544.3	113.6	934.1	678.7	6 818.8	10 788.0	1 220.1	1 099.2	3 331.8	3 359.1
87/88	603.6	126.5	1 052.0	811.0	7 652.8	12 283.3	1 375.4	1 123.3	3 335.4	3 830.3
88/89	659.0	141.2	1 193.9	922.2	8 452.1	14 373.3	1 442.0	1 363.6	3 781.4	4 333.5
89/90cr	750.0	156.1	1 389.9	1 058.5	9 840.4	16 882.5	1 762.7	1 547.8	3 997.0	5 058.6
90/91cr	884.4	178.8	1 503.1	1 160.3	10 558.3	18 722.4	1 908.4	1 806.3	4 578.1	5 909.1

Source: Calculs effectués à partir de données non publiées, transmises directement par Statistique Canada, Division des Institutions publiques.

cr: Estimation révisée

* Année financière se terminant le 31 mars.

Tableau 15 -- PIB réel par province (en millions \$, 1986=100)

	<u>TN</u>	<u>PE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>	<u>Moyennes</u>
1971	443	87	809	618	8 228	13 755	1 335	1 170	2 640	3 508	3 259
1972	490	102	979	744	9 744	16 367	1 554	1 276	3 175	4 253	3 868
1973	624	144	1 218	945	12 062	20 567	2 014	1 761	4 384	5 737	4 946
1974	867	189	1 559	1 265	16 209	27 473	2 731	2 707	7 023	7 777	6 780
1975	1 092	226	1 908	1 525	20 063	33 400	3 388	3 384	9 113	9 548	8 365
1976	1 411	304	2 410	1 947	25 423	41 674	4 190	4 189	11 364	12 254	10 516
1977	1 696	341	2 782	2 242	29 551	47 919	4 699	4 602	13 824	14 516	12 217
1978	1 934	409	3 341	2 675	34 873	55 448	5 525	5 555	17 381	17 239	14 438
1979	2 579	519	4 021	3 554	42 860	68 880	6 811	6 909	23 417	22 018	18 157
1980	2 989	618	4 593	3 664	52 721	83 946	8 167	9 052	31 498	27 914	22 516
1981	3 716	816	5 942	4 816	65 944	106 651	10 646	11 600	40 397	36 155	28 672
1982	4 447	924	7 438	5 737	75 794	120 695	12 318	12 374	46 496	40 535	32 736
1983	5 063	1 075	8 888	6 916	85 169	140 245	13 763	14 062	51 121	44 443	37 075
1984	5 662	1 235	10 187	7 973	96 143	163 267	15 727	15 603	56 112	48 665	42 057
1985	6 222	1 290	11 660	8 800	105 461	179 339	17 255	17 035	63 848	53 246	46 415
1986	6 782	1 498	13 031	10 079	117 493	202 710	18 421	17 145	57 317	57 342	50 132
1987	7 732	1 662	14 623	11 399	135 684	234 292	20 460	17 999	62 416	65 821	57 209
1988	8 679	1 954	16 343	12 905	156 231	275 704	23 630	19 878	67 806	76 012	65 914
1989	9 658	2 180	18 406	14 529	174 419	314 081	26 984	22 532	76 111	87 705	74 681
1990	10 330	2 367	20 012	15 600	185 979	332 671	28 380	24 244	84 233	95 924	79 974

Source: Calculs effectués à partir des données de Statistique Canada, L'observateur économique canadien, Supplément historique 1961-1990, catalogue 11-210.

Tableau 16 -- Besoins standardisés:
taux de dépendance / taux de dépendance moyen

	<u>TN</u>	<u>IPE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	1.0219	1.1652	1.0258	1.0054	0.8120	0.9313	1.0461	1.0792	0.9291	0.9838
1972	1.0119	1.1618	1.0252	1.0086	0.8039	0.9325	1.0583	1.0917	0.9231	0.9830
1973	1.0064	1.1630	1.0213	1.0121	0.8000	0.9325	1.0649	1.1045	0.9148	0.9806
1974	1.0000	1.1578	1.0239	1.0180	0.8029	0.9320	1.0695	1.1147	0.9074	0.9740
1975	0.9882	1.1469	1.0260	1.0231	0.8126	0.9310	1.0779	1.1234	0.9010	0.9699
1976	0.9717	1.1410	1.0245	1.0215	0.8307	0.9289	1.0831	1.1345	0.8973	0.9668
1977	0.9557	1.1450	1.0168	1.0170	0.8428	0.9304	1.0877	1.1435	0.8882	0.9728
1978	0.9438	1.1429	1.0143	1.0105	0.8570	0.9313	1.0906	1.1512	0.8807	0.9777
1979	0.9293	1.1408	1.0117	1.0020	0.8692	0.9319	1.0934	1.1624	0.8734	0.9859
1980	0.9160	1.1395	1.0123	0.9947	0.8778	0.9330	1.0991	1.1700	0.8643	0.9932
1981	0.8982	1.1464	1.0116	0.9913	0.8867	0.9362	1.1016	1.1769	0.8550	0.9961
1982	0.8914	1.1473	1.0130	0.9853	0.8883	0.9372	1.1019	1.1824	0.8496	1.0035
1983	0.8786	1.1373	1.0151	0.9805	0.8879	0.9393	1.1008	1.1843	0.8623	1.0138
1984	0.8721	1.1280	1.0126	0.9785	0.8847	0.9409	1.1013	1.1849	0.8763	1.0207
1985	0.8670	1.1177	1.0124	0.9754	0.8771	0.9468	1.1023	1.1833	0.8845	1.0336
1986	0.8608	1.1163	1.0140	0.9734	0.8714	0.9528	1.1010	1.1833	0.8832	1.0439
1987	0.8510	1.1033	1.0161	0.9728	0.8689	0.9588	1.1042	1.1823	0.8907	1.0519
1988	0.8407	1.0962	1.0147	0.9715	0.8722	0.9632	1.1112	1.1818	0.8933	1.0550
1989	0.8269	1.0883	1.0122	0.9677	0.8787	0.9698	1.1201	1.1882	0.8927	1.0554
1990	0.8168	1.0800	1.0106	0.9665	0.8900	0.9763	1.1229	1.1919	0.8917	1.0533

Source: Calculs effectués à partir des données de Statistique Canada, disque optique Cansim.

Tableau 17 -- Fardeau fiscal standardisé:
 (recettes fiscales / PIB) / (recettes fiscales moyennes / PIB moyen)

	<u>TN</u>	<u>PE</u>	<u>NE</u>	<u>NB</u>	<u>QUE</u>	<u>ONT</u>	<u>MAN</u>	<u>SASK</u>	<u>ALB</u>	<u>CB</u>
1971	2.07	2.15	1.36	1.70	1.21	0.84	1.06	1.00	0.85	0.84
1972	2.11	2.30	1.36	1.66	1.22	0.85	1.13	1.10	0.77	0.83
1973	2.14	2.26	1.49	1.74	1.24	0.86	1.08	1.07	0.73	0.78
1974	2.18	2.22	1.50	1.70	1.30	0.85	1.04	0.90	0.65	0.79
1975	2.10	2.45	1.57	1.84	1.31	0.86	1.10	0.89	0.54	0.79
1976	2.03	2.15	1.52	1.66	1.29	0.86	1.11	0.89	0.58	0.77
1977	1.99	2.25	1.53	1.66	1.35	0.84	1.11	0.90	0.56	0.75
1978	2.12	2.22	1.53	1.74	1.34	0.86	1.06	0.85	0.54	0.75
1979	2.03	2.17	1.61	1.67	1.37	0.89	1.11	0.85	0.46	0.74
1980	2.16	2.26	1.74	1.91	1.39	0.88	1.13	0.88	0.47	0.72
1981	2.03	2.10	1.62	1.77	1.41	0.85	1.09	0.92	0.50	0.70
1982	1.96	2.04	1.46	1.69	1.39	0.85	1.09	0.86	0.50	0.71
1983	1.93	2.02	1.42	1.66	1.42	0.84	1.16	0.80	0.50	0.74
1984	1.94	1.90	1.41	1.65	1.39	0.85	1.13	0.81	0.53	0.77
1985	1.92	2.01	1.33	1.73	1.39	0.88	1.13	0.82	0.49	0.78
1986	1.93	1.86	1.28	1.53	1.33	0.88	1.14	0.89	0.53	0.78
1987	1.87	1.85	1.27	1.53	1.29	0.86	1.26	1.01	0.61	0.78
1988	1.90	1.82	1.31	1.54	1.24	0.89	1.21	1.07	0.61	0.78
1989	2.03	1.87	1.29	1.55	1.23	0.90	1.18	1.06	0.60	0.76
1990	1.84	1.80	1.31	1.50	1.22	0.90	1.14	1.07	0.65	0.74

Source: Calculs effectués à partir des données de Statistique Canada, Comptes provinciaux des revenus et dépenses, Catalogue no 61-204 (annuel).